

Appendix 1.WHO-OHSQ Demonstrates the individual items for the English version of the Oral Health Assessment Tool provided by the World Health Organization.

# **Oral Health Questionnaire for Children**

***WHO. Oral health surveys: basic methods - 5th edition. Annex 8: WHO - Oral health questionnaire for children; 2018.***

***[https://www.who.int/oral\\_health/publications/9789241548649/en/](https://www.who.int/oral_health/publications/9789241548649/en/).***

*First, we would like you to answer some questions concerning yourself and your teeth*

Identification number	Sex	Location				
1. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> 1                      4					Boy <input type="checkbox"/> 1                      Girl <input type="checkbox"/> 2	Urban <input type="checkbox"/> 1                      Periurban <input type="checkbox"/> 2                      Rural <input type="checkbox"/> 3

2. **How old are you today?** \_\_\_\_\_  
(Years)

3. **How would you describe the health of your teeth and gums?**

(Read each item)

	Teeth	Gums
Excellent.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Very good.....	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Good.....	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Average .....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Poor .....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Very poor .....	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
Don't know.....	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9

4. **How often during the past 12 months did you have toothache or feel discomfort due to your teeth?**

Often.....	<input type="checkbox"/> 1
Occasionally.....	<input type="checkbox"/> 2
Rarely .....	<input type="checkbox"/> 3
Never .....	<input type="checkbox"/> 4
Don't know.....	<input type="checkbox"/> 9

---

*Now please answer some questions about the care of your teeth*

---

5. **How often did you go to the dentist during the past 12 months?**  
(Put a tick/cross in one only)

- Once .....  1  
Twice.....  2  
Three times.....  3  
Four times.....  4  
More than four times .....  5  
I had no visit to dentist during the past 12 months .....  6  
I have never received dental care/visited a dentist.....  7  
I don't know/don't remember .....  9
- 

*If you did not see a dentist during the last 12 months, go on to question 7*

---

6. **What was the reason for your last visit to the dentist?**  
(Put a tick/cross in one box only)

- Pain or trouble with teeth, gums or mouth.....  1  
Treatment/follow-up treatment .....  2  
Routine check-up of teeth/treatment .....  3  
I don't know/don't remember .....  9
- 

7. **How often do you clean your teeth?**  
(Put a tick/cross in one box only)

- Never .....  1  
Several times a month (2–3 times).....  2  
Once a week .....  3  
Several times a week (2–6 times).....  4  
Once a day.....  5  
2 or more times a day .....  6
-

8. **Do you use any of the following to clean your teeth or gums?**  
 (Read each item)

	Yes 1	No 2
Toothbrush .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wooden toothpicks.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plastic toothpicks.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thread (dental floss).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Charcoal .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chewstick/miswak .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Please specify \_\_\_\_\_

9.

a)	<b>Do you use toothpaste to clean your teeth.....</b>	Yes 1	No 2
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

  

b)	<b>Do you use toothpaste that contains fluoride?.....</b>	Yes 1	No 2
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Don't know.....		<input type="checkbox"/> 9

10. **Because of the state of your teeth and mouth, have you experienced any of the following problems during the past year?**

	Yes 1	No 2	Don't know 0
(a) I am not satisfied with the appearance of my teeth....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) I often avoid smiling and laughing because of my teeth.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) Other children make fun of my teeth.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) Toothache or discomfort caused by my teeth forced me to miss classes at school or miss school for whole days.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e) I have difficulty biting hard foods.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f) I have difficulty in chewing .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



---

13. **What level of education has your father completed (or your stepfather, guardian or other male adult living with you)?**

- No formal schooling..... 1
- Less than primary school ..... 2
- Primary school completed..... 3
- Secondary school completed..... 4
- High school completed ..... 5
- College/university completed ..... 6
- No male adult in household ..... 7
- Don't know ..... 9

14. **What level of education has your mother completed?**

- No formal schooling..... 1
- Less than primary school ..... 2
- Primary school completed..... 3
- Secondary school completed..... 4
- High school completed ..... 5
- College/university completed ..... 6
- No female adult in household ..... 7
- Don't know ..... 9

**(Insert country-specific categories)**

---

*That completes our questionnaire*

*Thank you very much for your cooperation!*

---

Year	Month	Day	Interviewer	District	Country
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Please note that question number 12 from the original questionnaire was omitted from the final version of the Persian-adapted questionnaire. For further details, please refer to the Materials and Methods section.**

پیوست شماره ۲: پرسشنامه فارسی سلامت دهان و دندان در کودکان و نوجوانان

-ابتدا با توجه به وضعیت خود و دندان هایتان به سوالات زیر پاسخ دهید:

-1	جنس : <input type="checkbox"/> دختر <input type="checkbox"/> پسر
	-محل سکونت : شهر <input type="checkbox"/> روستا <input type="checkbox"/>
	-مقطع تحصیلی خود را بنویسید:

-2	سن خود را بنویسید:
----	--------------------

3-وضعیت سلامت دندان و لثه های خود را چگونه توصیف میکنید:		دندان	لثه
عالی		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بسیار خوب		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
خوب		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
متوسط		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ضعیف		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بسیار ضعیف		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
نمیدانم		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4-در طول ۱۲ ماه گذشته چه مواقعی احساس درد یا ناراحتی در دندان های خود کرده اید؟	
بیشتر اوقات	<input type="checkbox"/>
بعضی اوقات	<input type="checkbox"/>
بندرت	<input type="checkbox"/>
هیچوقت	<input type="checkbox"/>
نمیدانم	<input type="checkbox"/>

-حال به سوالات مرتبط با مراقبت از دندان های خود پاسخ دهید:

-در طول ۱۲ ماه گذشته چندبار به دندانپزشک مراجعه کرده اید؟	
یک بار	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	دوبار
<input type="checkbox"/>	سه بار
<input type="checkbox"/>	چهار بار
<input type="checkbox"/>	بیشتر از چهار بار
<input type="checkbox"/>	در طول ۱۲ ماه گذشته مراجعه نداشته ام
<input type="checkbox"/>	تاکنون ملاقات با دندانپزشک نداشته ام و خدمات دندانپزشکی دریافت نکرده ام
<input type="checkbox"/>	نمیدانم/به یاد نمی اورم

-اگر در طول ۱۲ ماه گذشته مراجعه به دندانپزشک نداشته اید به سوال ۷ بروید

۶- علت آخرین مراجعه شما به دندانپزشک چه بوده است؟	
<input type="checkbox"/>	درد یا مشکل در ارتباط با دندان ها / لثه ها / دهان
<input type="checkbox"/>	درمان یا پیگیری درمان
<input type="checkbox"/>	چک آپ معمول دندانپزشکی
<input type="checkbox"/>	نمیدانم/به یاد نمی اورم

۷- هرچندوقت یکبار دندان های خود را تمیز میکنید:	
<input type="checkbox"/>	هیچوقت
<input type="checkbox"/>	چندبار در ماه (۲ الی ۳ بار)
<input type="checkbox"/>	یکبار در هفته
<input type="checkbox"/>	چندبار در هفته (۲-۶ بار)
<input type="checkbox"/>	یکبار در روز
<input type="checkbox"/>	دوبار یا بیشتر در روز

۸- از کدام یک از موارد زیر برای تمیز کردن دندان ها یا لثه ها استفاده میکنید:		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مسواک
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خلال دندان چوبی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خلال دندان پلاستیکی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نخ دندان
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ذغال چوب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	چوب
سایر (لطفا مشخص کنید)		

-۹

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الف) آیا از خمیردندان برای تمیز کردن دندان هایتان استفاده میکنید:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ب) آیا از خمیردندان حاوی فلوراید برای تمیز کردن دندان هایتان استفاده میکنید:



۱۰- آیا در طول یکسال گذشته هیچ یک از مشکلات زیر را بعلت وضعیت دهان و دندان هایتان تجربه کرده اید:			
بله	خیر	نمیدانم	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الف) من از ظاهر دندان هایم خشنود نیستم :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ب) من اغلب اوقات بعلت وضعیت دندان هایم از خندیدن و لبخند زدن خودداری میکنم:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پ) سایر بچه ها به دندان های من میخندند:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ت) درد یا ناراحتی در دندان هایم باعث از دست دادن روزها و کلاس های مدرسه شده است:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ث) من در گاز زدن غذاهای سفت مشکل دارم:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ج) من در جویدن مشکل دارم:

۱۱) چندوقت یکبار غذا و نوشیدنی های زیر را حتی در مقادیر اندک مصرف میکنید						
هیچگاه	چندبار در ماه	یکبار در هفته	چندبار در هفته	هرروز	چندین بار در روز	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	میوه تازه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بیسکویت / کیک / کیک / خامه ای / نان
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لیموناد / کوکاکولا یا سایر نوشیدنی ها
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ادامس
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شیرینی / شکلات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شیر با شکر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	چای با شکر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قهوه با شکر

۱۲) سطح تحصیلات پدر خود را مشخص کنید:	
<input type="checkbox"/>	بدون تحصیلات رسمی
<input type="checkbox"/>	کمتر از دبستان
<input type="checkbox"/>	اتمام دبستان
<input type="checkbox"/>	اتمام راهنمایی
<input type="checkbox"/>	اتمام دبیرستان
<input type="checkbox"/>	اتمام دانشگاه

<input type="checkbox"/>	نمیدانم
--------------------------	---------

۱۳) سطح تحصیلات مادر خود را مشخص کنید:	
<input type="checkbox"/>	بدون تحصیلات رسمی
<input type="checkbox"/>	کمتر از دبستان
<input type="checkbox"/>	اتمام دبستان
<input type="checkbox"/>	اتمام راهنمایی
<input type="checkbox"/>	اتمام دبیرستان
<input type="checkbox"/>	اتمام دانشگاه
<input type="checkbox"/>	نمیدانم

مصاحبه کننده:

تاریخ:

شهر: