

The effect of parenting style and demographic characteristic on simplified oral hygiene index in 6-12 year old children of Behbahan in 2018

Roshanak Montazeri Hedeshi¹, Ghazaleh Baniebrahimi¹, Roza Haghgoo², Kosar Alinejad^{3,*}

1- Assistant Professor, Department of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Professor, Department of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Shahed University, Tehran, Iran

3* - Dental Student, School of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Article Info

Article type:
Original Article

Article History:

Received: 20 Jun 2020

Accepted: 21 Apr 2021

Published: 15 May 2021

Corresponding Author:
Kosar Alinejad

Department of Microbiology,
Faculty of Basic Sciences, Saveh
Branch, Islamic Azad University,
Saveh, Iran

(Email: kosar1374.a@gmail.com)

Abstract

Background and Aims: Promoting children's oral health is the basis for increasing the level of community health and the goal of pediatric dentistry. By recognizing all the factors affecting the health and formation of the child's health habits, a fundamental step can be taken to promote oral health. The aim of this study was to evaluate the effect of parenting styles and demographic characteristic on OHI-S (Simplified Oral Health Index) in 2018.

Materials and Methods: In this cross-sectional study, 244 children aged 6-12 years in Behbahan-Iran with their parents were studied. The demographic questionnaire (variables such as parents' age, economic status, gender, occupation and parents' education were recorded) and Bumrind questionnaire were used. The oral health status of children was assessed to determine the simplified oral hygiene index. Then, the obtained data were analyzed using SPSS 25 software and regression and Pearson correlation test.

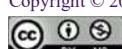
Results: The results showed that the children of parents who used the permissive method had higher score of simplified oral hygiene index ($P<0.001$) and simplified calculus index ($P<0.001$). However, in children of parents who used the authoritative parenting style, a decreased simplified oral hygiene index ($P<0.001$) and simplified debris Index ($P<0.001$) were observed. However, the method of authoritarian parenting style did not have a significant relationship with the simplified oral hygiene index ($P=0.890$), simplified calculus index ($P=0.404$), and simplified debris Index ($P=0.721$).

Conclusion: Powerful authoritarian and authoritative parenting practices have a clear impact on the oral health status of children. Therefore, parenting practices can be considered as one of the main factors affecting the oral health of children.

Keywords: Parenting, Oral hygiene, Oral health, Oral hygiene index

Journal of Dental Medicine-Tehran University of Medical Sciences 2021;34:3

Cite this article as: Montazeri Hedeshi R, Baniebrahimi Gh, Haghgoo R, Alinejad K. The effect of parenting style and demographic characteristic on simplified oral hygiene index in 6-12 year old children of Behbahan in 2018. J Dent Med-TUMS. 2021;34:3.



بررسی رابطه شیوه فرزند پروری و ویژگی‌های دموگرافیک والدین با شاخص بهداشت دهانی ساده شده در کودکان ۶ تا ۱۲ سال شهرستان بهبهان در سال ۱۳۹۷

روشنک متظری هدشی^۱، غزاله بنی ابراهیمی^۱، رضا حقگو^۲، کوثر علی نژاد^{۳*}

۱- استادیار گروه آموزشی کودکان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲- استاد گروه آموزشی کودکان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

۳- دانشجوی دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

اطلاعات مقاله

چکیده

زمینه و هدف: ارتقای سلامت دهان و دندان کودکان زمینه ساز افزایش سطح سلامت جامعه و هدف دندانپزشکی کودکان است. با شناخت همه عوامل تأثیر گذار بر بهداشت و شکل گیری عادات بهداشتی کودک، می‌توان گام اساسی در جهت ارتقاء بهداشت دهان برداشت. این مطالعه با هدف بررسی اثر شیوه‌های فرزند پروری و اطلاعات دموگرافیک والدین با شاخص OHI-S (شاخص بهداشت دهانی ساده شده) در سال ۱۳۹۷ انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه مقطعی، کودک ۶-۱۲ ساله شهرستان بهبهان به همراه والدین مورد بررسی قرار گرفتند. در این مطالعه از فرم جمع آوری اطلاعات دموگرافیک (متغیرهایی نظر سن والدین، وضعیت اقتصادی، جنس، شغل و میزان تحصیلات والدین ثبت شدند) و پرسشنامه فرزند پروری با مریند (Baumrind) استفاده شد. وضعیت بهداشت دهان کودکان جهت تعیین شاخص بهداشت دهانی ساده شده (simplified oral hygiene index) بررسی شد. سپس اطلاعات حاصله با استفاده از نرم افزار SPSS25 و آزمون رگرسیون و همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: افزایش شاخص‌های، بهداشت دهانی ساده شده ($P < 0.001$) و جرم دندانی ساده شده دهانی ساده شده ($P < 0.001$) (Simplified Calculus Index) در فرزندان والدین آزاد گذارنده و کاهش شاخص‌های بهداشت دهانی ساده شده ($P < 0.001$) (Simplified Debris Index) در فرزندان والدین مقتدرمنطقی مشاهده شد. ولی شیوه فرزند پروری اقتدارگرا رابطه معنی‌داری با شاخص‌های بهداشت دهانی ساده شده ($P = 0.890$)، جرم دندانی ساده شده ($P = 0.404$) و شاخص دیری دندانی ساده شده ($P = 0.721$) نداشت.

نتیجه گیری: شیوه‌های فرزند پروری مقتدر منطقی و اقتدارگرا تأثیر آشکاری بر وضعیت بهداشت دهان کودکان دارد، به همین علت شیوه‌های فرزند پروری والدین را می‌توان در زمرة عوامل تأثیر گذار بر بهداشت دهان کودک قرار داد.

کلید واژه‌ها: فرزند پروری، بهداشت دهان، سلامت دهان، شاخص بهداشت دهانی

مجله دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران

دوره ۳۴، مقاله ۳، ۱۴۰۰

مقدمه

می شود (۱۳). Glasgow و همکاران (۱۵) شیوه های فرزند پروری را اینگونه تعریف کردند، شیوه های فرزند پروری مجموعه ای از گرایش ها، اعمال و جلوه های غیر کلامی است که ماهیت تعامل کودک و والدین را در تمامی موقعیت ها مشخص می کند. Baumrind سه شیوه فرزند پروری شامل، اقتدار گرا (authoritarian)، آزاد گذارنده (permissive) و مقترن منطقی (authoritative) را تعریف کرد. والدین اقتدار گرا، والدین با کنترل زیاد- محبت کم هستند. در این شیوه سختگیری والدین و تنبه فیزیکی با هم همراه است (۱۶-۱۸). والدین آزاد گذارنده کنترل کم محبت زیادی دارند. این والدین کنترل رفتاری اندکی بر کودک دارند (۱۸)، والدین مقترن منطقی در خواست های معقولی از فرزندان خود دارند و این در خواست ها را با تعیین محدودیت ها و با تأکید بر اینکه کودک باید از آن تعییت کند به اجرا می گذارند (۱۹).

بر اساس تحقیقات سال ۱۹۹۱، کودکان آمریکایی اروپایی که والدین مقترن منطقی داشتند، شایستگی بیشتری داشته و از نظر عاطفی پایدار تر بودند، این کودکان در مقایسه با کودکان والدین آزاد گذارنده و اقتدار گرا به احتمال کمتری دست به انجام اعمال پر خطر یا مصرف مواد مخدر می زدند (۲۰). به طور کلی پذیرفته شده که سبک های فرزند پروری می تواند بر رشد روانی و اجتماعی کودک، عملکرد تحصیلی، ویژگی های شخصیتی و سلامت عاطفی کودک تأثیر بگذارد (۱۳). مشخص شده است، سبک فرزند پروری آزاد گذارنده و اقتدار گرا با چاقی کودک در ارتباط هستند و احتمال ابتلا به چاقی در کودکانی که والدین آن ها کنترل کمتری دارند دو برابر بیشتر از کودکانی است که والدین آن ها شیوه فرزند پروری معتبر دارند (۲۱). همچنین شماری از محققان از ارتباط مستقیم بین بهداشت دهانی والدین و کودکانشان خبر دادند (۲۲). در تحقیق Howenstein و همکاران (۲۳) مشخص شد کودکان والدین مقترن منطقی نسبت به کودکان والدین اقتدار گرا و آزاد گذارنده از بهداشت دهانی بهتری برخوردارند، این پژوهشگران معتقد بودند که والدینی که از شیوه آزاد گذارنده به صورت غالب استفاده می کنند نسبت به بهداشت دهان و مسوک زدن سهل انگارند. Park و Walton-Moss (۲۴) معتقد بودند که شیوه فرزند پروری والدین تأثیر بارزی بر بهداشت دهانی کودکان دارد، به طوری که کودکان والدین مقترن منطقی از سلامت دهان و دندان بهتری برخوردار بودند. تاکنون فقط یک مطالعه به بررسی رابطه شیوه های فرزند پروری و الگوهای مسوک زدن پرداخته است. در

امروزه سلامت دهان و دندان برای دستیابی به سلامت عمومی حیاتی تلقی می شود (۱). سلامت دهان و دندان، سلامت عمومی و کیفیت زندگی را بهبود می بخشد و به عزت نفس، تعامل اجتماعی و یادگیری کودک کمک می کند، اما اختلال در سلامت دهان و دندان می تواند تأثیر آشکاری در کیفیت زندگی کودک داشته باشد (۲-۴). بیماری پریودنتال به بیماری نسوج نگه دارنده دندان اطلاق می شود و از شایع ترین بیماری های حفره دهان است (۵). عدم توجه به بهداشت دهان و دندان نه تنها سبب بروز بیماری های دهان و دندان می شود بلکه، می تواند ارگان های حیاتی بدن را تهدید کند و حتی باعث مرگ شود (۶). مطالعات نشان می دهد، فاکتور هایی مانند وضعیت اقتصادی- اجتماعی، جنسیت، سن تعداد فرزندان و آگاهی والدین بر رفتارهای بهداشتی دهان کودکان و نوجوانان تأثیر گذارند (۷،۸). وضعیت اقتصادی، اشتغال، فقر، نژاد، محل زندگی و سطح اجتماعی می تواند با عملکرد والدین در زمینه بهداشت دهان کودک ارتباط مستقیمی داشته باشد (۹-۱۱).

شاخص بهداشت دهانی ساده شده (Simplified Oral Hygiene Index) از دو شاخص دبری ساده شده (Simplified Debris Index) و شاخص جرم ساده شده (Simplified Calculus Index) تشکیل شده است، که بر اساس وجود دبری و جرم بر سطح ۴ دندان خلفی و ۲ دندان قدامی، شامل سطوح باکال مولرهای اول ماگزیلا، سطوح لینگوال مولرهای اول مندیل، سطح باکال سانترال راست ماگزیلا و سطح لبیال سانترال چپ مندیل اندازه گیری می شود این سطوح بر حسب میزان دبری و کلکلوس نمره گذاری می شوند (۱۲).

والدین نیروهای اجتماعی اولیه موثر بر رشد و سلامت کودک در سال های اول زندگی می باشند و نقش مهمی در شکل گیری عادات بهداشتی و تداوم رفتارهای بهداشتی در بزرگسالی و پیشگیری از بیماری دارند (۱۳). کودک برای برخورداری از اقدامات بهداشت دهان و دندان به والدین وابسته است، بنابراین منطقی به نظر می رسد که سبک های فرزند پروری بر رویه بهداشت دهان و دندان کودک تأثیر گذار باشند (۱۴). روش هایی که والدین در تربیت فرزندان خود به کار می گیرند، می تواند طیف گسترده ای از رفتارهای مثبت و منفی را شامل شود که به مجموعه این رفتارها شیوه فرزند پروری (parenting style) گفته

جمع آوری اطلاعات دموگرافیک شامل سؤالات مربوط به سن والدین، جنس والد پاسخ دهنده به سوالات، وضعیت اقتصادی، تحصیلات والدین و تعداد فرزندان استفاده شد.

به منظور بررسی وضعیت بهداشت دهان کودک از شاخص OHI-S (شاخص بهداشت دهانی ساده شده) استفاده شد، این شاخص از دو شاخص؛ دبری ساده شده (Simplified Debris Index) و جرم ساده شده (Simplified Calculus Index) تشکیل شده است که بر اساس وجود دبری و کلکلوس بر سطح ۴ دندان خلفی و ۲ دندان قدامی، شامل سطوح باکال مولرهای اول ماجزیلا، سطوح لینگوال مولرهای اول مندیبل، سطح لبیال سانترال راست ماجزیلا و سطح لبیال سانترال چپ مندیبل نمره‌دهی از صفر تا ۳ (جداول ۱ و ۲) انجام شد (۱۲).

در ابتدای پژوهش، هدف از پژوهش به طور کامل برای والدین شرح داده شد و در صورت موافقت جهت شرکت در پژوهش رضایت نامه کتبی از ایشان دریافت شد. پیش از شروع معاینه بالینی، والدی که بیشترین زمان را با کودک سپری می‌کرد به سؤالات پرسشنامه فرزند پروری و اطلاعات دموگرافیک پاسخ داد و بعد از دریافت پرسشنامه‌ها، معاینه کلینیکی شاخص OHI-S (جداول ۱ و ۲) توسط دانشجو دندانپزشکی که جهت معاینه و اندازه گیری شاخص OHI-S زیرنظر استادی سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی آموزش دیده و کالیبره شده بود؛ در یک اتاق با روشنایی مناسب و زیر نور طبیعی (در صورت لزوم چراغ قوه) و به وسیله سوند و آینه یک بار مصرف و پس از خشک کردن سطوح دندان با گاز استریل انجام شد.

در این مطالعه تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS25 انجام شد، و برای توصیف داده‌های کمی از میانگین، میانه، انحراف معیار و برای متغیرهای کیفی از درصد و تعداد استفاده گردید. در پژوهش حاضر به منظور بررسی وجود ارتباط بین شیوه‌های فرزند پروری شاخص OHI-S از آزمون همبستگی و تحلیل رگرسیون استفاده شد و سطح معنی‌داری در این مطالعه 0.05 در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مجموع ۲۴۴ دانشآموز به همراه والدینشان مورد بررسی قرار گرفتند، از این میان ۱۳۴ نفر (54.9%) دختر و ۱۱۰ نفر (45.1%) پسر بودند. بیشترین گروه سنی معاینه شده کودکان ۷ سال (30.7%) و

این مطالعه مشخص شد که کودکان والدین مقنن منطقی بیش از دو بار در روز مسوک می‌زنند (۴).

با توجه به اهمیت پیشگیری و شناخت فاکتورهای مؤثر بر بهداشت دهان کودکان و با توجه به اینکه تاکنون مطالعه‌ای در زمینه ارتباط شیوه‌های فرزند پروری و بهداشت دهانی کودکان صورت نگرفته است، به این منظور به بررسی رابطه شیوه‌های فرزند پروری و اطلاعات دموگرافیک والدین با شاخص OHI-S در کودکان ۶-۱۲ سال پرداختیم.

روش بررسی

مطالعه توصیفی- مقطعی حاضر در سال ۱۳۹۷ به منظور بررسی تأثیر شیوه‌های فرزند پروری و ویژگی‌های دموگرافیک والدین با شاخص OHI-S کودکان ۶-۱۲ ساله شهرستان بهبهان انجام شد. با توجه به لیستی که آموزش و پرورش در اختیار ما قرار داد ۹ مدرسه بهصورت تصادفی جهت توزیع پرسشنامه و معاینه دهانی انتخاب شدند.

با استفاده از نتایج مطالعه "Parenting Style And Oral Health Practices In Early Childhood Caries" گزینه α_{min} calculation PASS نرم افزار 11 با در نظر گرفتن $D=0.5$ متوسط و انحراف معیار برابر 1.4 ، حداقل حجم نمونه مورد نیاز برای شیوه نمونه گیری تصادفی ساده برابر 232 نمونه برآورد شد.

بر اساس فرمول تعیین حجم نمونه و حداقل حجم نمونه مورد نیاز 232 نمونه برآورد شد. در این مطالعه کودک ۲۴۴ سال شهرستان بهبهان به همراه والدینشان مورد بررسی قرار گرفتند. یکی از ابزارهای گردآوری داده‌ها، پرسشنامه فرزند پروری با مریند بود. این پرسشنامه شامل ۳۰ سوال بود که هر سبک فرزند پروری 10 سؤال را به خود اختصاص داده بود، پاسخ‌های داده شده به این پرسشنامه بر مبنای یک مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از (کاملاً مخالف =۰) تا (کاملاً موافق =۵) نمره‌دهی شد، بدین ترتیب بالاترین نمره به یک سبک فرزند پروری Pourabdoly و نشان دهنده نگرش مثبت به آن سبک فرزند پروری بود. همکاران (۲۵) اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه را برای سبک آزاد گذارنده 0.69 ، برای اقتدارگرا 0.77 و برای مقنن منطقی 0.73 گزارش کرده بود، بنابراین، پرسشنامه از روایی پژوهشی لازم برخوردار است (۲۶). همچنین برای دستیابی به ویژگی‌های دموگرافیک والدین از فرم

جدول ۱- نحوه محاسبه شاخص Simplified Debris Index

نمره	میزان وجود دبیر روی سطح دندانی
.	عدم وجود دبیر و stain بر سطح دندان
۱	دبیر بیش از یک سوم سطح را پوشش نداده و یا وجود stains بدون وجود دبیر و بدون در نظر گرفتن سطح پوشش داده شده.
۲	دبیر بیش از یک سوم و کمتر از دو سوم سطح دندان را پوشش داده است.
۳	دبیر بیش از دو سوم سطح دندان را پوشش داده.

جدول ۲- نحوه محاسبه شاخص Simplified Calculus Index

نمره	میزان جرم موجود روی سطح دندانی
.	عدم وجود کلکلوس بر سطح دندان
۱	کلکلوس فوق لتهای بیش از یک سوم دندان را پوشش نمی دهد.
۲	کلکلوس فوق لتهای بیش از یک سوم و کمتر از دو سوم سطح را پوشش می دهد و مشاهده کلکلوس زیر لته به صورت منفرد در ناحیه سرویکال دندان و یا هر دو
۳	کلکلوس فوق لتهای بیش از دو سوم سطح دندان را می پوشاند و یا وجود کلکلوس زیر لتهای سنگین در ناحیه سرویکال دندان و یا هر دو

(بهداشت دهان متوسط) بودند. به طور کلی شیوع دبیر دندانی در بین کودکان ۶-۱۲ سال بیشتر و شاخص DI-S در ۲۰۳ کودک (۱۰/۸۳٪) تا ۱ (بهداشت دهان متوسط) بود. شایان ذکر است نمره شاخص DI-S در ۲۲ دانش آموز (۹٪) بالاتر از ۱ (بهداشت دهان ضعیف) بود (جدول ۶ و ۷). محاسبه شاخص OHI-S بیانگر افزایش وجود جرم و دبیر در کودکان این گروه سنی در بیهوده بود، به طوریکه نمره ۱۸۰ دانش آموز (۷۳٪) بین ۱/۰ تا ۱ (بهداشت دهان متوسط) بود و فقط ۱۸ نفر (۷/۳٪) فاقد جرم و دبیر (بهداشت دهان خوب) بودند (جدول ۸). با توجه به پاسخ‌دهی والدین به پرسشنامه فرزند پروری، میزان استفاده از هر شیوه فرزند پروری توسط والدین به ۴ دسته تقسیم شد، خیلی کم (نمره ۰-۹)، کم (نمره ۱۰-۱۹)، متوسط (نمره ۲۰-۲۹) و زیاد (نمره ۳۰-۴۰). در نهایت، نمره ۴۰-۲۰ (میزان استفاده متوسط تا زیاد) به عنوان شیوه فرزند پروری غالب در نظر گرفته شد و حدود ۲۳۴ نفر (۹۶٪) از والدین از شیوه مقید منطقی به عنوان شیوه فرزند پروری غالب بهره می برندند (جدول ۹).

۱۱ سال (۲۲/۱٪) بودند (جدول ۳). مجموعاً ۱۸۶ نفر (۷۶/۲٪) از والدین شرکت کننده زن و تنها ۵۸ نفر (۲۳/۸٪) مرد بودند. و بیشترین فراوانی مربوط به خانواده های ۲ فرزندی (۵۲/۹٪) بود (جدول ۴). تحصیلات والدین در ۵ مقطع تحصیلی ابتدایی ۱۰ نفر (۴/۲٪)، راهنمایی ۳۷ نفر (۱۵/۲٪)، دبیلم ۳۰ نفر (۱۲/۳٪)، فوق دبیلم ۵۸ نفر (۷/۲٪) و لیسانس و بالاتر ۱۰۸ نفر (۴۴/۳٪) ارزیابی شد. ۱۸۲ نفر (۷۳/۸٪) از مادران خانه دار بودند، همچنین ۲۳۵ نفر (۹۶/۳٪) از پدران نیز شاغل بودند (جدول ۴). میانگین (انحراف معیار) سن پدران ۴۱/۵±۹/۶۹ و میانگین (انحراف معیار) سن مادران ۳۶/۵±۵/۱۹ گزارش شد (جدول ۵).

نمره شاخص های OHI-S و DI-S به سه گروه بهداشت دهانی خوب (نمره ۰)، بهداشت دهانی متوسط (نمره ۱-۰/۱) و بهداشت دهانی ضعیف (نمره بالاتر از ۱) تقسیم بندی شد؛ نمره شاخص CI-S در ۲۰۲ دانش آموز (۸۲/۷٪) صفر (بهداشت دهان خوب) بود و فقط ۴۲ نفر (۱۷٪/۲٪) از دانش آموزان دارای نمره شاخص CI-S، به میزان ۱/۰ تا ۱

جدول ۳- ویژگی های دموگرافیک (جنس و سن) کودکان شرکت کننده در پژوهش

ردیف	اطلاعات دموگرافیک	متغیر	تعداد	درصد	کل
۱	جنس کودک	دختر	۱۳۴	%۵۴/۹	۲۴۴
		پسر	۱۱۰	%۴۵/۱	
		۶ سال	۱۴	%۵/۷	
		۷ سال	۷۵	%۳۰/۷	
		۸ سال	۸	%۳/۳	
۲	سن کودک	۹ سال	۳۹	%۱۶/۰	۲۴۴
		۱۰ سال	۴۷	%۱۹/۳	
		۱۱ سال	۵۴	%۲۲/۱	
		۱۲ سال	۷	%۲/۹	

جدول ۴- ویژگی های دموگرافیک والدین (جنس، تعداد فرزندان، تحصیلات والدین، وضعیت اشتغال مادران و وضعیت اشتغال پدران) شرکت کننده در مطالعه

ردیف	اطلاعات دموگرافیک	متغیر	تعداد	درصد	کل
۱	جنس والدین شرکت کننده	زن	۱۸۶	%۷۶/۲	۲۴۴
		مرد	۵۸	%۲۳/۸	
		یک فرزند	۵۰	%۲۰/۵	
		دو فرزند	۱۲۹	%۵۲/۹	
۲	تعداد فرزندان	سه فرزند	۵۱	%۲۰/۹	۲۴۴
		چهار فرزند	۱۱	%۴/۵	
		پنج فرزند	۳	%۱/۲	
		ابتدایی	۱۰	%۴/۲	
۳	تحصیلات والدین	راهنمايي	۳۷	%۱۵/۲	۲۴۴
		دипلم	۳۰	%۱۲/۳	
		فوق دiplom	۵۸	%۲۳/۸	
۴	وضعیت اشتغال مادران	ليسانس و بالاتر	۱۰۸	%۴۴/۳	۲۴۴
		خانهدار	۱۸۲	%۷۴/۶	
		شاغل	۶۲	%۲۵/۴	
۵	وضعیت اشتغال پدران	بیکار	۹	%۳/۶	۲۴۴
		شاغل	۲۳۵	%۹۶/۳	

جدول ۵- سن والدین شرکت کننده در مطالعه

سن والدین شرکت کننده	میانگین	بیشترین سن	کمترین سن	انحراف معیار
زن	۳۶/۵	۴۹	۲۳	۵/۱۹
مرد	۴۱/۹	۵۷	۳۰	۵/۶۹

جدول ۶- محاسبه شاخص جرم ساده شده

شاخص جرم ساده شده (CI-S)	نمره ۰ (بهداشت خوب)	نمره ۱-۰/۱ (بهداشت متوسط)	نمره بالاتر از ۱ (بهداشت ضعیف)	کل
تعداد	۲۰۲	۴۲	.	۲۴۴
درصد	۸۲/۷	%۱۷/۲	%۰	%۱۰۰

جدول ۷- محاسبه شاخص دبیری ساده شده

شاخص دبیری ساده شده (DI-S)	نمره ۰ (بهداشت خوب)	نمره ۱-۰/۱ (بهداشت متوسط)	نمره بالاتر از ۱ (بهداشت ضعیف)	کل
تعداد	۱۹	۲۰۳	۲۲	۲۴۴
درصد	%۷/۷۸	%۸۳/۱	%۹	%۱۰۰

جدول ۸- محاسبه شاخص بهداشت دهانی ساده شده

شاخص بهداشت دهانی ساده شده (OHI-S)	نمره ۰ (بهداشت خوب)	نمره ۱-۰/۱ (بهداشت متوسط)	نمره بالاتر از ۱ (بهداشت ضعیف)	کل
تعداد	۱۸	۱۸۰	۴۶	۲۴۴
درصد	%۷/۳	%۷۳	%۱۸/۸	%۱۰۰

جدول ۹- میزان استفاده از شیوه های فرزند پروری توسط والدین شرکت کننده در پژوهش

ردیف	شیوه های فرزند پروری	تعداد	میزان استفاده از شیوه های فرزند پروری توسط والدین	کل					
				کل	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	درصد
۱	میزان استفاده از فرزند پروری آزاد گذارنده	تعداد	۴۹	۱۲۷	۲۸	۴۰	۱۱۷	۴۹	۲۴۴
	اقدامات اقتصادی	درصد	%۲۰	%۵۲	%۱۱/۴	%۱۶/۳	%۱۶/۳	%۲۰	
۲	میزان استفاده از فرزند پروری اقتدارگرا	تعداد	۵۶	۱۱۲	۲۸	۵۹	۲۴	۵۶	۲۴۴
	میزان استفاده از فرزند پروری مقنقر منطقی	درصد	%۲۲/۹۵	%۴۵/۹۰	%۶/۹۶	%۲۴/۱۸	%۲۴/۱۸	%۲۲/۹۵	
۳	میزان استفاده از فرزند پروری مقنقر منطقی	تعداد	۰	۱۰	۱۶۱	۷۳	۷۳	۰	۲۴۴
	میزان استفاده از فرزند پروری آزاد گذارنده	درصد	%۰	%۴/۰۹	%۶۵/۹۸	%۲۹/۹۱	%۲۹/۹۱	%۰	

اقتصادی ($P=0.002$) ارتباط مستقیم معنی‌داری با سبک فرزند پروری مقنطر منطقی داشت (جدول ۱۰).

نتایج آزمون همبستگی پیرسون بیانگر ارتباط شیوه فرزند پروری آزاد گذارنده، با متغیرهای CI-S ($P<0.001$) و OHI-S ($P=0.001$) آزاد گذارنده، با متغیرهای DI-S و شیوه فرزند پروری آزاد گذارنده و DI-S ارتباط معنی‌داری بود. بین شیوه فرزند پروری آزاد گذارنده و DI-S ارتباط معنی‌داری بود. بین شیوه فرزند پروری آزاد گذارنده (جدول ۱۱). شیوه فرزند پروری اقتدارگرا با شاخص جرم ساده شده ($P=0.040$)، شاخص دبری ساده شده ($P=0.021$) و شاخص بهداشت دهانی ساده شده ($P=0.095$) ارتباط معنی‌داری نداشت (جدول ۱۲). همچنین نتایج، نشانگر وجود ارتباط غیر مستقیم معنی‌دار بین شیوه مقنطر منطقی با شاخص DI-S ($P<0.001$) و OHI-S ($P<0.001$) بود (جدول ۱۳).

به منظور بررسی همبستگی بین مؤلفه‌های پرسشنامه فرزند پروری و اطلاعات دموگرافیک با شاخص OHI-S از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون استفاده شد که نتایج آن به این صورت بود. ارتباط معنی‌دار مستقیمی بین شیوه فرزند پروری اقتدارگرا و سن مادر ($P=0.015$) وجود داشت، همچنین وضعیت اقتصادی ($P=0.002$) ارتباط معنی‌دار معکوسی داشت، همچنین وضعیت اقتصادی ($P=0.057$) ارتباط معنی‌دار معکوسی با شیوه اقتدارگرا داشت. اشتغال مادر با میزان استفاده از شیوه فرزند پروری آزاد گذارنده رابطه معنی‌دار معکوسی ($P=0.057$) داشت. اما بین شیوه فرزند پروری آزاد گذارنده، اشتغال پدر، تعداد فرزندان، سن والدین، تحصیلات، وضعیت اقتصادی، مدرسه و جنس کودک ارتباط معنی‌دار دیگری یافت نشد. ارتباط معنی‌دار معکوسی بین شیوه فرزند پروری مقنطر منطقی و سن مادر ($P<0.001$) وجود داشت و وضعیت

جدول ۱۰- ارتباط بین شیوه فرزند پروری و ویژگی‌های دموگرافیک والدین شرکت کننده در پژوهش

R Square	Unstandardized Coefficients		Beta (Standardized Coefficients)	P-value	ویژگی‌های دموگرافیک والدین	شیوه فرزند پروری	ردیف
	Std. Error	B					
0.091	0.052	1/۶	0.195	0.002	وضعیت اقتصادی	شیوه مقنطر منطقی	۱
	0.06	-0.24	-0.224	> 0.001	سن مادر		
0.015	1/۲۳	-2/۳۶	-0.122	0.057	وضعیت اشتغال مادر	شیوه آزاد گذارنده	۲
0.040	0.074	-1/۴۵	-0.124	0.050	وضعیت اقتصادی	شیوه اقتدارگرا	۳
	0.09	0.23	-0.154	0.015	سن مادر		

جدول ۱۱- همبستگی شیوه فرزند پروری آزاد گذارنده و شاخص‌های CI-S، OHI-S و DI-S

ارتباط شیوه فرزند پروری آزاد گذارنده با شاخص CI-S، OHI-S و DI-S و CI-S			
P-value	Pearson Correlation (r)	DI-S و CI-S و OHI-S	ارتباط شیوه فرزند پروری آزاد گذارنده با شاخص
> 0.001	0.347	(CI-S)	شاخص جرم ساده شده (CI-S)
0.146	0.093	(DI-S)	شاخص دبری ساده شده (DI-S)
> 0.001	0.259	(OHI-S)	شاخص بهداشت دهانی (OHI-S)

جدول ۱۲- همبستگی شیوه فرزند پروری اقتدارگرا و شاخص‌های CI-S، OHI-S و DI-S

ارتباط شیوه فرزند پروری اقتدارگرا با شاخص CI-S، OHI-S و DI-S و CI-S			
P-value	Pearson Correlation (r)	DI-S و CI-S و OHI-S	ارتباط شیوه فرزند پروری اقتدارگرا با شاخص
0.404	0.054	(CI-S)	شاخص جرم ساده شده (CI-S)
0.721	0.023	(DI-S)	شاخص دبری ساده شده (DI-S)
0.895	0.008	(OHI-S)	شاخص بهداشت دهانی (OHI-S)

جدول ۱۳- همبستگی شیوه فرزند پروری مقتدر منطقی و شاخص های CI-S، DI-S و OHI-S

P-value	Pearson Correlation (r)	ارتباط شیوه فرزند پروری مقتدر منطقی با شاخص S، CI-S و OHI-S
.۰/۱۴۵	-۰/۰۹۴	شاخص جرم ساده شده (CI-S)
>۰/۰۰۱	-۰/۲۲۳	شاخص دری ساده شده (DI-S)
>۰/۰۰۱	-۰/۲۳۵	شاخص بهداشت دهانی (OHI-S)

و همچنین تأثیر رسانه ها بر جهت دهی فکری خانواده ها دانست (۳۰، ۳۱).

در این مطالعه ارتباط معنی دار معکوسی بین شیوه فرزند پروری مقتدر منطقی و سن مادر به دست آمد. همچنین افزایش سن مادر ارتباط مستقیم معنی داری با میزان بهره گیری از شیوه فرزند پروری اقتدارگرا داشت. در مطالعه ما ارتباطی بین سن پدران و شیوه فرزند پروری غالب والدین یافت نشد. Kashahu و همکاران (۱۰) به این نتیجه رسیدند که هرچه سن والدین از ۳۴ سال کمتر باشد، والدین از شیوه مقتدر منطقی بیشتر استفاده می کنند ولی با افزایش سن مادر، شیوه فرزند پروری اقتدارگرا می شود که نتایج این مطالعه با تحقیق ما همخوانی داشت.

والدینی که شرایط اجتماعی اقتصادی ($P=0/002$) مطلوب تری داشتند از شیوه فرزند پروری مقتدر منطقی بیشتر استفاده می کردند، در حالی که شرایط اجتماعی اقتصادی والدین با شیوه فرزند پروری اقتدارگرا گرفت و میزان استفاده از سبک فرزند پروری مقتدر منطقی را 96% نیز در مطالعه Shafipour و همکاران (۳۰) که بر روی ۷۴۱ کودک انجام گذارش کرد مطابقت دارد این نتیجه حاکی از آن است که فرهنگ حاکم در جامعه ایران به شکلی هست که حقوق والدین و کودکان محترم شمرده می شود و والدین درخواست های معقولی از فرزندان خود دارند و این درخواست ها را با تعیین محدودیت ها و تأکید بر این که کودک باید از آن ها صمیمیت و محبت نشان می دهدن و برای مطیع سازی فرزندان خود از منطق بهره می جوینند. در مطالعه Howenstein و همکاران (۲۳) با عنوان (ارتباط سبک های فرزند پروری والدین با رفتار کودک و پویسیدگی) که بر روی ۱۳۲ کودک صورت گرفت 64% والدین از سبک فرزند پروری آزاد گذارند از مقتدر منطقی استفاده می کردند که با مطالعه ما همخوانی داشت. می توان نتیجه گیری کرد که سبک فرزند پروری مقتدر که روانشناسان آن را یک شیوه معقول در فرزند پروری قلمداد می کنند در جامعه ایران به صورت گسترده ای به کار برده می شود و به نظر می رسد دلیل این تفاوت نسبت به جوامع غربی را باید در عقاید، ریشه فرهنگی و سبک زندگی اجتماعی

بحث و نتیجه گیری

نقش متغیرهای روانی در ارتباط با بهداشت دهان و دندان به عنوان یکی از آیتم های مهم دندانپزشکی کودکان به شمار می آید، چرا که می تواند بهداشت دهان و دندان کودک را تحت تأثیر قرار دهد (۲۷، ۲۸). طبق مطالعات محدودی که تاکنون انجام شده روش فرزند پروری والدین نیز بر سلامت دهان و دندان کودک مؤثر است، زیرا کودک بیشترین برخورد و تعامل را با والدین خود دارد (۲۹).

اطلاعات به دست آمده از پژوهش حاضر نشان داد حدود 96% والدین از شیوه فرزند پروری مقتدر منطقی به صورت غالب (متوسط - زیاد) استفاده می کردند و فقط 4% از والدین این شیوه فرزند پروری را خیلی کم - کم در تربیت فرزندان خود استفاده می کردند (جدول ۹). این نتایج با مطالعه Shafipour و همکاران (۳۰) که بر روی ۷۴۱ کودک انجام گرفت و میزان استفاده از سبک فرزند پروری مقتدر منطقی را 96% گزارش کرد مطابقت دارد این نتیجه حاکی از آن است که فرهنگ حاکم در جامعه ایران به شکلی هست که حقوق والدین و کودکان محترم شمرده می شود و والدین درخواست های معقولی از فرزندان خود دارند و این درخواست ها را با تعیین محدودیت ها و تأکید بر این که کودک باید از آن ها صمیمیت و محبت نشان می دهدن و برای مطیع سازی فرزندان خود از منطق بهره می جوینند. در مطالعه Howenstein و همکاران (۲۳) با عنوان (ارتباط سبک های فرزند پروری والدین با رفتار کودک و پویسیدگی) که بر روی ۱۳۲ کودک صورت گرفت 64% والدین از سبک فرزند پروری آزاد گذارند از مقتدر منطقی استفاده می کردند که با مطالعه ما همخوانی داشت. می توان نتیجه گیری کرد که سبک فرزند پروری مقتدر که روانشناسان آن را یک شیوه معقول در فرزند پروری قلمداد می کنند در جامعه ایران به صورت گسترده ای به کار برده می شود و به نظر می رسد دلیل این تفاوت نسبت به جوامع غربی را باید در عقاید، ریشه فرهنگی و سبک زندگی اجتماعی

کمتری از جامعه را شامل شده بود. به همین علت اطلاعات کمتری در مورد شیوه فرزند پروری اقتدارگرا و آزاد گذارنده به دست آمد. بر اساس نتایج می‌توان ادعا کرد، شیوه فرزند پروری مقدار منطقی تأثیر مداوم مثبتی بر شکل گیری عادات و رفتارهای بهداشتی کودک دارد، این نتایج با نتایج روانشناختی سازگار است. به طوری که براساس مطالعات، کودکانی که در این خانواده‌ها پرورش می‌یابند دارای شرایط شادتر، کنترل شده‌تر و دارای مهارت‌های اجتماعی بالاتری هستند (۱۸). نتایج مطالعه حاضر نشان داد، شیوه فرزند پروری والدین می‌تواند به طور مستقیم و غیرمستقیم میزان S، OHI-S و DI-S را تحت تأثیر قرار دهد. فرزندان والدین مقدار منطقی با کاهش قابل ملاحظه شاخص‌های OHI-S و DI-S رو به رو بودند. اما فرزندان والدین آزاد گذارنده، با افزایش میزان شاخص‌های OHI-S و CI-S مواجه بودند. احتمالاً کمتر بودن تعداد والدینی که در بهبهان از سبک فرزند پروری اقتدارگرا استفاده می‌کردند، توجیح کننده منطقی برای دست نیافتن به اطلاعات بیشتر از این گروه است. مطالعه حاضر اولین مطالعه‌ای بود که به بررسی تأثیر شیوه‌های فرزند پروری والدین بر شاخص S OHI فرزندان می‌پردازد، انجام مطالعات آتی به گردآوری اطلاعات بیشتری در این زمینه کمک خواهد کرد.

محدودیت‌ها و مشکلات حین انجام مطالعه:

- ۱- عدم همکاری والدین در تکمیل پرسشنامه به دلیل تعداد زیاد سوالات پرسشنامه‌ها
- ۲- عدم همکاری مدارس جهت انجام معاینات بالینی و اندازگیری شاخص‌ها
- ۳- نبود مطالعات مشابه چهت مقایسه با اطلاعات حاصله از مطالعه حاضر

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از دکتر محمد جواد خرازی فرد به دلیل راهنمایی‌ها در بخش آماری و انجام تحلیل آماری تشکر می‌گردد
این مطالعه نتیجه پایان نامه دانشجویی با شماره ۳۵۵ است که در دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است.

قابل ملاحظه‌ای در شاخص‌های OHI-S ($P<0.001$) و DI-S ($P<0.001$) داشتند. Park و همکاران (۳۳) نیز به این نتیجه دست یافتند که، کودکان والدین مقدار منطقی مراقبت‌های بهداشت دهان را به صورت منظم‌تر نسبت به سایر شیوه‌ها دریافت می‌کردند، همچنین این کودکان در طی روز بیش از دوبار مسواک می‌زنند. تحقیقات بیشتر Quek و همکاران (۳۴) مشخص کرد که، کودکان والدین مقدار منطقی Arrepia و همکاران (۳۵) در بزرگی نیز، این نسبت به دو شیوه دیگر بهداشت دهانی مطلوب‌تری داشته و رفتارهای پیشگیرانه بیشتری در رژیم غذایی خود جهت حفظ بهداشت دهان داشتند. پژوهش اخیر Arrepia و همکاران (۳۶) در بزرگی نیز، این موضوع را تأیید کرد. نتایج این پژوهش‌ها با مطالعه ما همخوانی داشت. همچنین براساس نتایج این پژوهش، ارتباط معنی‌داری بین شیوه OHI-S و افزایش شاخص CI-S ($P<0.001$) و شاخص OHI-S ($P<0.001$) یافت شد. افزایش شاخص S در فرزندان والدین آزاد گذارنده را می‌توان اینگونه توجیح کرد که، والدین کنترلی بر رژیم غذایی کودک ندارند و همچنین این کودکان به علت داشتن والدین آزاد گذارنده کمتر مسواک می‌زنند و بهداشت دهان و دندان را کمتر رعایت می‌کنند (۳۶، ۳۷). Park و همکاران (۳۳) معتقد بودند والدین آزاد گذارنده برای بهداشت دهان کودک اهمیتی قائل نیستند و علاوه بر مصرف زیاد شکر، وعده‌های مسواک زدن قبل از خواب کودک را نادیده می‌گیرند. نتایج این تحقیقات با مطالعه ما هم سو بود. همچنین در نتایج پژوهش حاضر، بین شیوه اقتدارگرا و شاخص‌های OHI-S ($P=0.895$) و DI-S ($P=0.404$) و CI-S ($P=0.721$) رابطه معنی‌داری به دست نیامد. اما نتایج مطالعه Quek و همکاران (۳۴) نشان داد، والدین اقتدارگرا نسبت به والدین مقدار منطقی اهمیت کمتری برای سلامت دهان و دندان کودکشان قائل هستند. Brukienè و Aleksejünienè (۳۸) در مطالعه خود ارتباطی بین شیوه فرزند پروری اقتدارگرا و بهداشت دهان گذاش نکرند، آن‌ها به این نتیجه رسیدند که تنها وضعیت اقتصادی خانواده بر سطح پلاک روی دندان‌های کودکان مؤثر است. در مطالعه ما به علت تفاوت‌های فرهنگی، اعتقادی شیوه فرزند پروری مقدار منطقی به صورت غالب استفاده می‌شد و شیوه فرزند پروری اقتدارگرا و آزاد گذارنده درصد

References

- 1- Kamran A, Bakhteyar K, Heydari H, Lotf A, Heydari Z. Survey of Oral Hygiene Behaviors, Knowledge and Attitude among School Children: A Cross-Sectional Study from Iran. *Int J Health Sci (Qassim)*. 2014;2(2):83-95.
- 2- Olsson B. Dental caries and fluorosis in Arussi province, Ethiopia. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1978;6(6):338-43.
- 3- Blumenshine SL, Vann WF, Gizlice Z, Lee JY. Children's school performance: impact of general and oral health. *J Public Health Dent*. 2008;68(2):82-7.
- 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(1):3-23.
- 5- O'mullane D. Can prevention eliminate caries? *Adv Dent Res*. 1995;9(2):106-9.
- 6- Najafi G, Jamilpanah S, Gholipour M, Jamilpanah S, Tousi SK. The Effect of Factors Affecting Oral Health in Elementary Students. *Iranian J Pediatric Dent*. 2019;15(1):9-16.
- 7- Yee R, David J, Khadka R. Oral cleanliness of 12-13-year-old and 15-year-old school children of Sunsari District, Nepal. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2006;24(3):146-51.
- 8- Albandar JM, Tinoco EM. Global epidemiology of periodontal diseases in children and young persons. *Periodontol 2000*. 2002;29(1):153-76.
- 9- Vanobbergen J, Lesaffre E, Garcia-Zattera M, Jara A, Martens L, Declerck D. Caries patterns in primary dentition in 3-, 5-and 7-year-old children: spatial correlation and preventive consequences. *Caries Res*. 2007;41(1):16-25.
- 10- Kashahu L, Dibra G, Osmanaga F, Bushati J. The relationship between parental demographics, parenting styles and student academic achievement. *Eur Sci J*. 2014;10(13): 251-36.
- 11- Smyth E, Caamaño F. Factors related to dental health in 12-year-old children: a cross-sectional study in pupils. *Gac Sanit*. 2005;19(2):113-9.
- 12- Greene JG, Vermillion JR. The simplified oral hygiene index. *J Am Dent Assoc*. 1964;68(1):7-13.
- 13- Law C. The impact of changing parenting styles on the advancement of pediatric oral health. *J Calif Dent Assoc*. 2007;35(3):192-7.
- 14- Quek S, Sim Y, Lai B, Lim W, Hong C. The effect of parenting styles on enforcement of oral health behaviours in children. *Eur J Paediatr Dent*. 2021;22(1):83-92.
- 15- Glasgow KL, Dornbusch SM, Troyer L, Steinberg L, Ritter PL. Parenting styles, adolescents' attributions, and educational outcomes in nine heterogeneous high schools. *Child Dev*. 1997;68(3):507-29.
- 16- Wolfradt U, Hempel S, Miles JN. Perceived parenting styles, depersonalisation, anxiety and coping behaviour in adolescents. *Pers Indiv Differ*. 2003;34(3):521-32.
- 17- Furnham A, Cheng H. Perceived parental behaviour, self-esteem and happiness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2000;35(10):463-70.
- 18- Baumrind D. Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*. 1971;4(1, Pt.2):103-1.
- 19- Minaei A, Nikzad S. The Factor Structure and Validity of the Persian Version of the Baumrind Parenting Style Inventory. *Family Research*. 2017;13(1):108-91.
- 20- Baumrind D. Effective parenting during the early adolescent transition. In: Cowan, Hetherington, editors. *Family transitions*. 2. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. 1991:54-109.
- 21- Goldschmidt AB, Sinton MM, Aspen VP, Tibbs TL, Stein RI, Saelens BE, et al. Psychosocial and familial impairment among overweight youth with social problems. *Int J Pediatr Obes*. 2010;5(5):428-35.
- 22- Bozorgmehr E, Hajizamani A, Malek Mohammadi T. Oral health behavior of parents as a predictor of oral health status of their children. *ISRN Dent*. 2013;2013(1):5-14.
- 23- Howenstein J, Kumar A, Casamassimo PS, McTigue D, Coury D, Yin H. Correlating parenting styles with child behavior and caries. *Pediatr Dent*. 2015;37(1):59-64.
- 24- Park H, Walton-Moss B. Parenting style, parenting stress, and children's health-related behaviors. *J Dev Behav Pediatr*. 2012; 33(6): 495-503.
- 25- Pourabdoli M, Kadivar P, Homayouni AR. To investigate the relationship between mother parenting styles and their childrens perception from them with locus of control and self esteem. *knowledge & research in applied psychology*. 2008;10 (37):107-28.
- 26- Vahedi S, Lotfi H, Yousefishahier N. The relationship between types of parenting and the emotional atmosphere of the family, and children's creativity in nursery schools of Tabriz. *woman & study of family*. 2009;3(1):107-21.
- 27- O'Connor TM, Yang SJ, Nicklas TA. Beverage intake among preschool children and its effect on weight status. *Pediatrics*. 2006;118(4): e1010-8.
- 28- Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, McDowell MA, Tabak CJ, Flegal KM. Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999-2004. *J Jama*. 2006;295(13):1549-55.
- 29- Petersen PE. Continuous improvement of oral health in the 21st century: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004;39(6): 441-4.
- 30- Shafipour SZ, Sheikhi A, Mirzaei M, KazemnezhadLeili E. Parenting styles and its relation with children behavioral problems. *J Holist Nurs Midwifery*. 2015;25(2):49-56.
- 31- Dwairy M, Menshar KE. Parenting style, individuation, and mental health of Egyptian adolescents. *J Adolesc*. 2006;29(1):103-17.
- 32- Hadjicharalambous D, Demetriou L. The Relationship Between Parents' Demographic Factors and Parenting Styles: Effects on Children's Psychological Adjustment. *Psychol Res*. 2020;10(4):139-25.
- 33- Park H, Walton-Moss B, Pediatrics B. Parenting style, parenting stress, and children's health-related behaviors. *J Dev Behav Pediatr*. 2012;33(6):495-503.
- 34- Quek JS, Sim FY, Lai B, Lim W, Hong CH. The effect of parenting styles on enforcement of oral health behaviours in

- children. Eur Arch Paediatr Dent. 2020;21(1):83-92.
- 35- Arrepia BF, Dasilva JA, Pires PM, Duarte ML, Primo LG, Goncalves AF. Association of parenting style with the behaviour and caries prevalence of preschool children. Revista Científica do CRO-Rj. 2020;4(3):17-24.
- 36- Law CS. The impact of changing parenting styles on the advancement of pediatric oral health. J Calif Dent Assoc. 2007;35(3):192-7.
- 37- Sheller B. Challenges of managing child behavior in the 21st century dental setting. Pediatr Dent. 2004;26(2):111-3.
- 38- Aleksejünienė J, Brukienė VJM. Parenting style, locus of control, and oral hygiene in adolescents. J Pub Health. 2012;48(2):9.