

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, Departemant of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Professor, Departemant 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 paractices 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 منتظری همدانی^۱، غزاله بنی ابراهیمی^۱، رزا حقیگو^۲، کوثر علی نژاد^{۳*}

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

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

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

اطلاعات مقاله	چکیده
<p>نوع مقاله: مقاله پژوهشی</p>	<p>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.</p>
<p>وصول: ۹۹/۰۳/۳۱ اصلاح نهایی: ۴۰۰/۰۲/۰۱ تأیید چاپ: ۴۰۰/۰۲/۲۵</p>	<p>روش بررسی: در این مطالعه مقطعی، ۲۴۴ کودک ۶-۱۲ ساله شهرستان بهبهان به همراه والدینشان مورد بررسی قرار گرفتند. در این مطالعه از فرم جمع آوری اطلاعات دموگرافیک (متغیرهایی نظیر سن والدین، وضعیت اقتصادی، جنس، شغل و میزان تحصیلات والدین ثبت شدند) و پرسشنامه فرزند پروری بامریند (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.</p>
<p>نویسنده مسوول: کوثر علی نژاد</p>	<p>یافته‌ها: افزایش شاخص‌های، بهداشت دهانی ساده شده ($P < 0/001$) و جرم دندانی ساده شده (Simplified Calculus Index) ($P < 0/001$) در فرزندان والدین آزاد گذارنده و کاهش شاخص‌های بهداشت دهانی ساده شده ($P < 0/001$) و دبری دندانی ساده شده (Simplified Debris Index) ($P < 0/001$) 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 دبری دندانی ساده شده ($P = 0/721$) نداشت.</p>
<p>دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران، تهران، ایران (Email: kosar1374.a@gmail.com)</p>	<p>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 زمره عوامل تأثیر گذار بر بهداشت دهان کودک قرار داد.</p>
	<p>کلید واژه‌ها: فرزند پروری، بهداشت دهان، سلامت دهان، شاخص بهداشت دهانی</p> <p>مجله دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران دوره ۳۴، مقاله ۳، ۱۴۰۰</p>

مقدمه

امروزه سلامت دهان و دندان برای دستیابی به سلامت عمومی حیاتی تلقی می‌شود (۱). سلامت دهان و دندان، سلامت عمومی و کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد و به عزت نفس، تعامل اجتماعی و یادگیری کودک کمک می‌کند، اما اختلال در سلامت دهان و دندان می‌تواند تأثیر آشکاری در کیفیت زندگی کودک داشته باشد (۲-۴). بیماری پریودنتال به بیماری نسوج نگه دارنده دندان اطلاق می‌شود و از شایع‌ترین بیماری‌های حفره دهان است (۵). عدم توجه به بهداشت دهان و دندان نه تنها سبب بروز بیماری‌های دهان و دندان می‌شود بلکه، می‌تواند ارگان‌های حیاتی بدن را تهدید کند و حتی باعث مرگ شود (۶). مطالعات نشان می‌دهد، فاکتورهایی 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 می‌تواند با عملکرد والدین در زمینه بهداشت دهان کودک ارتباط مستقیمی داشته باشد (۹-۱۱).

شاخص بهداشت دهانی ساده شده (Simplified Oral Hygiene Index) از شاخص دبری ساده شده (Simplified Debris Index) و شاخص جرم ساده شده (Simplified Calculus Index) تشکیل شده است، که براساس وجود دبری و جرم بر سطح ۴ دندان خلفی و ۲ دندان قدامی، شامل سطوح باکال مولرهای اول ماگزایلا، سطوح لینگوال مولرهای اول مندیبل، سطح باکال سانترال راست ماگزایلا و سطح لیبال سانترال چپ مندیبل اندازه گیری می‌شود این سطوح برحسب میزان دبری و کلکوس نمره گذاری می‌شوند (۱۲).

والدین نیروهای اجتماعی اولیه موثر بر رشد و سلامت کودک در سال‌های اول زندگی می‌باشند 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 می‌رسد که سبک‌های فرزند پروری بر رویه بهداشت دهان و دندان کودک تأثیر گذار باشند (۱۴). روش‌هایی که والدین در تربیت فرزندان خود به کار می‌گیرند، می‌تواند طیف گسترده‌ای از رفتارهای مثبت و منفی را شامل شود که به مجموعه این رفتارها شیوه فرزند پروری (parenting style) گفته

می‌شود (۱۳). Glasgow و همکاران (۱۵) شیوه‌های فرزند پروری را اینگونه تعریف کردند، شیوه‌های فرزند پروری مجموعه‌ای از گرایش‌ها، اعمال و جلوه‌های غیرکلامی است که ماهیت تعامل کودک و والدین را در تمامی موقعیت‌ها مشخص می‌کند. Baumrind سه شیوه فرزند پروری شامل، اقتدارگرا (authoritarian)، آزاد گذارنده (permissive) و مقتدرمنطقی (authoritative) را تعریف کرد. والدین اقتدارگرا، والدینی 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 مقتدرمنطقی درخواست‌های معقولی از فرزندان خود دارند و این درخواست‌ها را با تعیین محدودیت‌ها و با تأکید بر اینکه کودک باید از آن تبعیت کند به اجرا می‌گذارند (۱۹).

بر اساس تحقیقات سال ۱۹۹۱، کودکان آمریکایی اروپایی که والدین مقتدر منطقی داشتند، شایستگی بیشتری داشته و از نظر عاطفی پایدارتر بودند، این کودکان در مقایسه با کودکان والدین آزاد گذارنده و اقتدارگرا به احتمال کمتری دست به انجام اعمال پرخطر یا مصرف مواد مخدر می‌زدند (۲۰). به طور کلی پذیرفته شده که سبک‌های فرزند پروری می‌تواند بر رشد روانی و اجتماعی کودک، عملکرد تحصیلی، ویژگی‌های شخصیتی و سلامت عاطفی کودک تأثیر بگذارد (۱۳). مشخص شده است، سبک فرزند پروری آزاد گذارنده و اقتدارگرا با چاقی کودک در ارتباط هستند و احتمال ابتلا به چاقی در کودکانی که والدین آن‌ها کنترل کمتری دارند دو برابر بیشتر از کودکانی است که والدین آن‌ها 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 مقتدرمنطقی نسبت به کودکان والدین اقتدارگرا و آزاد گذارنده از بهداشت دهانی بهتری برخوردارند، این پژوهشگران معتقد بودند که والدینی که از شیوه آزاد گذارنده به صورت غالب استفاده می‌کنند نسبت به بهداشت دهان و مسواک 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 مقتدر منطقی از سلامت دهان و دندان بهتری برخوردار بودند. تاکنون فقط یک مطالعه به بررسی رابطه شیوه‌های فرزند پروری و الگوهای مسواک زدن پرداخته است. در

جمع آوری اطلاعات دموگرافیک شامل سؤالات مربوط به سن والدین، جنس والد پاسخ دهنده به سؤالات، 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 کلکوس بر سطح ۴ دندان خلفی و ۲ دندان قدامی، شامل سطوح باکال مولرهای اول ماگزیا، سطوح لینگوال مولرهای اول مندیبل، سطح لیبال سانترال راست ماگزیا و سطح لیبال 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 اندازه‌گیری شاخص OHI-S زیر نظر اساتید سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی آموزش دیده و کالیبره شده بود؛ در یک اتاق با روشی 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، میان، 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 ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مجموع ۲۴۴ دانش‌آموز به همراه والدینشان مورد بررسی قرار گرفتند، از این میان ۱۳۴ نفر (۵۴/۹٪) دختر و ۱۱۰ نفر (۴۵/۱٪) پسر بودند. بیشترین گروه سنی معاینه شده کودکان ۷ سال (۳۰/۷٪) و

این مطالعه مشخص شد که کودکان والدین مقتدر منطقی بیش از دو بار در روز مسواک 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 به صورت 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 ۱ calculation نرم افزار PASS 11 با در نظر گرفتن $\alpha=0/05$ متوسط و انحراف معیار برابر ۱ و $D=0/4$ حداقل حجم نمونه مورد نیاز برای شیوه نمونه‌گیری تصادفی ساده برابر ۲۳۲ نمونه برآورد شد.

بر اساس فرمول تعیین حجم نمونه و حداقل حجم نمونه مورد نیاز ۲۳۲ نمونه برآورد شد. در این مطالعه ۲۴۴ کودک ۶-۱۲ سال شهرستان بهبهان به همراه والدینشان مورد بررسی قرار گرفتند. یکی از ابزارهای گردآوری داده‌ها، پرسشنامه فرزند پروری بامریند بود. این پرسشنامه شامل ۳۰ سوال بود که هر سبک فرزند پروری ۱۰ سؤال را به خود اختصاص داده بود، پاسخ‌های داده شده به این پرسشنامه بر مبنای یک مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از (کاملاً مخالفم=۰) تا (کاملاً موافقم=۴) نمره‌دهی شد، بدین ترتیب بالاترین نمره به یک سبک فرزند پروری نشان دهنده نگرش مثبت به آن سبک فرزند پروری بود. Pourabdoly و همکاران (۲۵) اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه را برای سبک آزاد گذارنده ۰/۶۹، برای اقتدارگرا ۰/۷۷ و برای مقتدر منطقی ۰/۷۳ 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 دبری روی سطح دندان
۰	عدم وجود دبری و stain بر سطح دندان
۱	دبری بیش از یک سوم سطح را پوشش نداده و یا وجود stains بدون وجود دبری و بدون در نظر گرفتن سطح پوشش داده شده.
۲	دبری بیش از یک سوم و کمتر از دو سوم سطح دندان را پوشش داده است.
۳	دبری بیش از دو سوم سطح دندان را پوشش داده.

جدول ۲- نحوه محاسبه شاخص Simplified Calculus Index

نمره	میزان جرم موجود روی سطح دندان
۰	عدم وجود کلکولوس بر سطح دندان
۱	کلکولوس فوق لثه‌ای بیش از یک سوم دندان را پوشش نمی‌دهد.
۲	کلکولوس فوق لثه‌ای بیش از یک سوم و کمتر از دو سوم دندان سطح را پوشش می‌دهد و مشاهده کلکولوس زیر لثه به صورت منفرد در ناحیه سرویکال دندان و یا هر دو
۳	کلکولوس فوق لثه‌ای بیش از دو سوم سطح دندان را می‌پوشاند و یا وجود کلکولوس زیر لثه‌ای سنگین در ناحیه سرویکال دندان و یا هر دو

(بهداشت دهان متوسط) بودند. به‌طور کلی شیوع دبری دندان‌ها در بین کودکان ۱۲-۶ سال به‌بهان بیشتر و شاخص DI-S در ۲۰۳ کودک (۸۳/۱٪) تا ۰/۱ (بهداشت دهان متوسط) بود. شایان ذکر است نمره شاخص DI-S در ۲۲ دانش‌آموز (۹٪) بالاتر از ۱ (بهداشت دهان ضعیف) بود (جداول ۶ و ۷). محاسبه شاخص OHI-S بیانگر افزایش وجود جرم و دبری در کودکان این گروه سنی در بهبهان بود، به‌طوری‌که نمره ۱۸۰ دانش‌آموز (۷۳٪) بین ۰/۱ تا ۱ (بهداشت دهان متوسط) بود و فقط ۱۸ نفر (۷/۳٪) فاقد جرم و دبری (بهداشت دهان خوب) بودند (جدول ۸). باتوجه 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 ۲۰-۴۰ (میزان استفاده متوسط تا زیاد) به عنوان شیوه فرزند پروری غالب در نظر گرفته شد و حدود ۲۳۴ نفر (۹۶٪) از والدین از شیوه مقتدرمنطقی به عنوان شیوه فرزند پروری غالب بهره می‌بردند (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 خانواده‌های ۲ فرزند (۵۲/۹٪) بود (جدول ۴). تحصیلات والدین در ۵ مقطع تحصیلی ابتدایی ۱۰ نفر (۴/۲٪)، راهنمایی ۳۷ نفر (۱۵/۲٪)، دیپلم ۳۰ نفر (۱۲/۳٪)، فوق دیپلم ۵۸ نفر (۲۳/۸٪) و لیسانس و بالاتر ۱۰۸ نفر (۴۴/۳٪) ارزیابی شد. ۱۸۲ نفر (۷۴/۶٪) از مادران خانه‌دار 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 شاخص‌های CI-S، DI-S و OHI-S به سه گروه بهداشت دهانی خوب (نمره ۰)، بهداشت دهانی متوسط (نمره ۰/۱-۱) و بهداشت دهانی ضعیف (نمره بالاتر از ۱) تقسیم بندی شد؛ نمره شاخص CI-S در ۲۰۲ دانش‌آموز (۸۲/۷٪) صفر (بهداشت دهان خوب) بود و فقط ۴۲ نفر (۱۷/۲٪) از دانش‌آموزان دارای نمره شاخص CI-S، به میزان ۰/۱ تا ۱

جدول ۳- ویژگی‌های 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٪	
۲	سن کودک	۶ سال	۱۴	۵/۷٪	۲۴۴
		۷ سال	۷۵	۳۰/۷٪	
		۸ سال	۸	۳/۳٪	
		۹ سال	۳۹	۱۶/۰٪	
		۱۰ سال	۴۷	۱۹/۳٪	
		۱۱ سال	۵۴	۲۲/۱٪	
		۱۲ سال	۷	۲/۹٪	

جدول ۴- ویژگی‌های 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٪	
۲	تعداد فرزندان	یک فرزند	۵۰	۲۰/۵٪	۲۴۴
		دو فرزند	۱۲۹	۵۲/۹٪	
		سه فرزند	۵۱	۲۰/۹٪	
		چهار فرزند	۱۱	۴/۵٪	
		پنج فرزند	۳	۱/۲٪	
۳	تحصیلات والدین	ابتدایی	۱۰	۴/۲٪	۲۴۴
		راهنمایی	۳۷	۱۵/۲٪	
		دیپلم	۳۰	۱۲/۳٪	
۴	وضعیت اشتغال مادران	فوق دیپلم	۵۸	۲۳/۸٪	۲۴۴
		لیسانس و بالاتر	۱۰۸	۴۴/۳٪	
		خانه‌دار	۱۸۲	۷۴/۶٪	
۵	وضعیت اشتغال پدران	شاغل	۶۲	۲۵/۴٪	۲۴۴
		بیکار	۹	۳/۶٪	
		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 + (بهداشت خوب)	نمره ۰/۱-۱ (بهداشت متوسط)	نمره بالاتر از ۱ (بهداشت ضعیف)	کل
تعداد	۲۰۲	۴۲	۰	۲۴۴
درصد	۸۲/۷	۱۷/۲	۰	۱۰۰

جدول ۷- محاسبه شاخص دبری ساده شده

شاخص دبری ساده شده (DI-S)	نمره + (بهداشت خوب)	نمره ۰/۱-۱ (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 + (بهداشت خوب)	نمره ۰/۱-۱ (بهداشت متوسط)	نمره بالاتر از ۱ (به داشت ضعیف)	کل
تعداد	۱۸	۱۸۰	۴۶	۲۴۴
درصد	۷/۳	۷۳	۱۸/۸	۱۰۰

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

ردیف	شیوه‌های فرزند پروری	میزان استفاده از شیوه‌های فرزند پروری توسط والدین				تعداد	درصد
		خیلی کم	کم	متوسط	زیاد		
۱	میزان استفاده از فرزند پروری آزاد گذارنده	۴۹	۱۲۷	۴۰	۲۸	تعداد	۲۰
		۲۰	۵۲	۱۶/۳	۱۱/۴	درصد	۷/۳
۲	میزان استفاده از فرزند پروری اقتدارگرا	۵۶	۱۱۲	۵۹	۲۸	تعداد	۲۳/۹۵
		۲۳/۹۵	۴۵/۹۰	۲۴/۱۸	۶/۹۶	درصد	۷/۳
۳	میزان استفاده از فرزند پروری مقتدر منطقی	۰	۱۰	۷۳	۱۶۱	تعداد	۰
		۰	۴/۰۹	۲۹/۹۱	۶۵/۹۸	درصد	۰

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 ($P=0/050$) 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 مقتدر منطقی و سن مادر ($P<0/001$) وجود داشت و وضعیت اقتصادی ($P=0/002$) ارتباط مستقیم معنی‌داری با سبک فرزند پروری مقتدر 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 ($P<0/001$) بود. بین شیوه فرزند پروری آزاد گذارنده و DI-S ارتباط معنی‌داری ($P=0/146$) یافت نشد (جدول ۱۱). شیوه فرزند پروری اقتدارگرا با شاخص جرم ساده شده ($P=0/404$)، شاخص دبری ساده شده ($P=0/721$) و شاخص بهداشت دهانی ساده شده ($P=0/895$) ارتباط معنی‌داری نداشت (جدول ۱۲). همچنین نتایج، نشانگر وجود ارتباط غیر مستقیم معنی‌دار بین شیوه مقتدر منطقی با شاخص DI-S ($P<0/001$) و OHI-S ($P<0/001$) بود (جدول ۱۳).

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	0/52	1/6	0/195	0/002	وضعیت اقتصادی	شیوه مقتدر منطقی	۱
	0/06	-0/24	-0/224	> 0/001	سن مادر		
0/015	1/23	-2/36	-0/122	0/057	وضعیت اشتغال مادر	شیوه آزاد گذارنده	۲
0/040	0/74	-1/45	-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 OHI-S و CI-S، DI-S

P-value	Pearson Correlation (r)	ارتباط شیوه فرزند پروری آزاد گذارنده با شاخص OHI-S، CI-S و DI-S
> 0/001	0/347	شاخص جرم ساده شده (CI-S)
0/146	0/093	شاخص دبری ساده شده (DI-S)
> 0/001	0/259	شاخص بهداشت دهانی (OHI-S)

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

P-value	Pearson Correlation (r)	ارتباط شیوه فرزند پروری اقتدارگرا با شاخص OHI-S، CI-S و DI-S
0/404	0/054	شاخص جرم ساده شده (CI-S)
0/721	0/023	شاخص دبری ساده شده (DI-S)
0/895	0/008	شاخص بهداشت دهانی (OHI-S)

جدول ۱۳- همبستگی شیوه فرزند پروری مقتدرمنطقی و شاخص‌های OHI-S و CI-S

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

بحث و نتیجه گیری

نقش متغیرهای روانی در ارتباط با بهداشت دهان و دندان به عنوان یکی از آیتم‌های مهم دندانپزشکی کودکان به شمار می‌آید، چرا که می‌تواند بهداشت دهان و دندان کودک را تحت تأثیر قرار دهد (۲۸، ۲۷). 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 ۹۶٪ والدین از شیوه فرزند پروری مقتدرمنطقی به صورت غالب (متوسط- زیاد) استفاده می‌کردند و فقط ۴٪ از والدین این شیوه فرزند پروری را خیلی کم- کم در تربیت فرزندان خود استفاده می‌کردند (جدول ۹). این نتایج با مطالعه Shafipour و همکاران (۳۰) که بر روی ۷۴۱ کودک انجام گرفت و میزان استفاده از سبک فرزند پروری مقتدرمنطقی را ۹۶٪ 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 می‌شود و والدین درخواست‌های معقولی از فرزندان خود دارند و این درخواست‌ها را با تعیین محدودیت‌ها و تأکید بر این که کودک باید از آن‌ها تبعیت کند به اجرا می‌گذارند و در عین حال به آن‌ها صمیمیت و محبت نشان می‌دهند و برای مطیع سازی فرزندان خود از منطق بهره می‌جویند. در مطالعه Howenstein و همکاران (۲۳) با عنوان (ارتباط سبک‌های فرزند پروری والدین با رفتار کودک و پوسیدگی) که بر روی ۱۳۲ کودک صورت گرفت ۶۶٪ والدین از سبک فرزند پروری مقتدرمنطقی استفاده می‌کردند که با مطالعه ما همخوانی داشت. می‌توان نتیجه گیری کرد که سبک فرزند پروری مقتدر که روانشناسان آن را یک شیوه معقول در فرزند پروری قلمداد می‌کنند در جامعه ایران به صورت گسترده‌ای به کار برده می‌شود و به نظر می‌رسد دلیل این تفاوت نسبت به جوامع غربی را باید در عقاید، ریشه فرهنگی و سبک زندگی اجتماعی

و همچنین تأثیر رسانه‌ها بر جهت دهی فکری خانواده‌ها دانست (۳۱، ۳۰). در این مطالعه ارتباط معنی‌دار معکوسی بین شیوه فرزند پروری مقتدر منطقی و سن مادر به دست آمد. همچنین افزایش سن مادر ارتباط مستقیم معنی‌داری با میزان بهره‌گیری 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 می‌کنند ولی با افزایش سن مادر، شیوه فرزند پروری اقتدارگرا می‌شود که نتایج این مطالعه با تحقیق ما همخوانی داشت.

والدینی که شرایط اجتماعی اقتصادی (P=۰/۰۰۲) مطلوب‌تری داشتند از شیوه فرزند پروری مقتدرمنطقی بیشتر استفاده می‌کردند، در حالی که شرایط اجتماعی اقتصادی والدین با شیوه فرزند پروری اقتدارگرا (P=۰/۰۵۰) رابطه معکوسی داشت. Kashahu و همکاران (۱۰) نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که سبک فرزند پروری مقتدرمنطقی در خانواده‌هایی که شرایط اقتصادی مطلوبی دارند بیشترین کاربرد را دارد و سبک فرزند پروری اقتدارگرا بیشتر در خانواده‌های با درآمد کم دیده می‌شود. همچنین Hadjicharalambous و Demetriou (۳۲) در پژوهش خود دریافتند که، در خانواده‌هایی که شرایط اقتصادی نامطلوب است تمایل بیشتری به اقتدارگرایی دیده می‌شود. وضعیت اشتغال مادر ارتباط معنی‌دار معکوسی با استفاده از سبک فرزند پروری آزاد گذارنده داشت، Kashahu و همکاران (۱۰) احتمال اشتغال والدین مقتدر منطقی را بیش از سایر سبک‌های فرزند پروری می‌دانست به طوری که از هر ۵ والد مقتدر منطقی ۳ والد شاغل بودند. Park و Walton-Moss (۲۴) در پژوهش خود به ارتباط مستقیم بین وضعیت اقتصادی خانواده، تحصیلات مادر و شیوه فرزند پروری مقتدر منطقی با سلامت دهان و دندان کودکان اشاره کردند. نتایج این مطالعات با پژوهش ما همخوانی داشت.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، فرزندان والدین مقتدرمنطقی کاهش

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 مقتدر منطقی تأثیر مداوم مثبتی بر شکل‌گیری 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 OHI-S، DI-S و CI-S را تحت تأثیر قرار دهد. فرزندان والدین مقتدر 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 بهیمن از سبک فرزند پروری اقتدارگرا استفاده می‌کردند، توجیح‌کننده 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 OHI-S 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 اندازه‌گیری شاخص‌ها
- ۳- نبود مطالعات مشابه جهت 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 مقتدر منطقی مراقبت‌های بهداشت دهان را به صورت منظم‌تر نسبت به سایر شیوه‌ها دریافت می‌کردند، همچنین این کودکان در طی روز بیش از دوبر مسواک می‌زدند. تحقیقات بیشتر Quek و همکاران (۳۴) مشخص کرد که، کودکان والدین مقتدر منطقی نسبت به دو شیوه دیگر بهداشت دهانی مطلوب‌تری داشته و رفتارهای پیشگیرانه بیشتری در رژیم غذایی خود جهت حفظ بهداشت دهان داشتند. پژوهش اخیر Arrepi و همکاران (۳۵) در برزیل نیز، این موضوع را تأیید کرد. نتایج این پژوهش‌ها با مطالعه ما همخوانی داشت. همچنین براساس نتایج این پژوهش، ارتباط معنی‌داری بین شیوه آزاد گذارنده و افزایش شاخص CI-S ($P < 0/001$) و شاخص OHI-S ($P < 0/001$) یافت شد. افزایش شاخص OHI-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 ($P = 0/895$)، CI-S ($P = 0/404$) و DI-S ($P = 0/721$) رابطه معنی‌داری به دست نیامد. اما نتایج مطالعه Quek و همکاران (۳۴) نشان داد، والدین اقتدارگرا نسبت به والدین مقتدر منطقی اهمیت کمتری برای سلامت دهان و دندان کودکانشان قائل هستند. Aleksejūnienė و Brukienė (۳۸) در مطالعه خود ارتباطی بین شیوه فرزند پروری اقتدارگرا و بهداشت دهان گزارش نکردند، 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 مقتدر 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, Declercq 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 Individ 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 children's 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. *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- Arrepi 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- Aleksejūnienė J, Brukienė VJM. Parenting style, locus of control, and oral hygiene in adolescents. *J Pub Health*. 2012;48(2):9.