تحقیقی

تعیین سطح آگاهی و عملکردوالدین در زمینه سلامت و بهداشت دهان و دندان کودکان ۷ ساله

ملوک ترابی[*]، رضیه شجاعی پور[**]، سانعلی کریمی افشار[***]، منتهی شجاعت[****]، مهرناز کریمی افشار[*****]، دکتر شهرام مشرفیان[******]

[*] عضو مرکز تحقیقات بیماریهای دهان و دندان، متخصص آسیب شناسی دهان، فک و صورت، دانشیار گروه آموزشی پاتولوژی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان.

[**] متخصص دندانپزشکی کودکان، استادیار گروه آموزشی کودکان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان.

[***] متخصص پریودنتولوژی، استادیار گروه آموزشی پریو، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان .

[****] دندانپزشک.

[*****] دانشجوی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان.

[******] استادیار گروه آموزشی دندانپزشکی کودکان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

چکیده

زمینه و هدف: آموزش بهداشت در پیشگیری از پوسیدگی های دندانی اهمیت ویژه ای دارد و والدین نقش مهمی در بهداشت و سلامت دهان کودکان خود دارند. اطلاعات آنهامی تواند رفتارهای سالم بهداشتی را درفرزندانشان تثبیت نماید. این مطالعه به منظور ارزیابی آگاهی و عملکرد والدین در زمینه سلامت و بهداشت دهان و دندان کودکان ۷ ساله شهر کرمان در سال ۱۳۸۷ انجام گرفت.

روش بررسی: این مطالعه مقطعی توصیفی روی ۴۰۰ نفر از والدین کودکان ۷ ساله شهر کرمان که به روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای انتخاب شده بودند انجام شد. ابزار جمع آوری اطلاعات، پرسشنامه پژوهشگر ساخت بود که روایی و پایایی آن تائید شده بود.این پرسشنامه شامل سه بخش بود: بخش اول اطلاعات دموگرافیک (سن، میزان تحصیلات، شغل)، بخش دوم شامل ۲۳ سوال سنجش آگاهی و بخش سوم شامل ۹ سوال سنجش عملکرد. داده ها وارد کامپیوتر شده و توسط نرم افزار آماریSPSS با استفاده از آزمون های آماری t و ضریب همبستگی پیرسون در سطح معنی داری α=۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند..

یافته ها: در این تحقیق ۵۵٪ افراد پاسخ‌دهنده را مادران و ۴۵٪ را پدران تشکیل می‌دادند. میانگین سن پدران ۶/۲۳±۳۸/۵۶ و میانگین سن مادران ۵/۷۹±۳۳/۳۱ بود. میانگین نمره آگاهی والدین ۴۳/۶۸ از ۴۶ و میانگین نمره عملکرد آنها ۳/۲۶±۹/۳۲ از ۱۸ بود. بین میانگین نمره آگاهی پدران و مادران تفاوت آماری معنی‌دار مشاهده نشد. همچنین بین میزان آگاهی و میزان تحصیلات پدران، بین عملکرد و تحصیلات پدران، بین میزان آگاهی و تحصیلات مادر، و بین عملکرد و تحصیلات مادران ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد ($p<۰/۰۵$). بین میزان آگاهی و عملکرد والدین در مورد سلامت و بهداشت دهان و دندان کودکان ارتباط معنی‌دار مشاهده شد ($p<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که در مجموع میزان آگاهی والدین در رابطه با سلامت و بهداشت دهان و دندانکودکان ۷ ساله مناسب بوده اما عملکرد آنان در این زمینه ضعیف است.

واژگان کلیدی:آگاهی، عملکرد، والدین، بهداشت دهان و دندان، کودکان

وصول مقاله: ۹۱/۱۰/۱۷ پذیرش مقاله: ۹۲/۰۲/۱۰

نویسنده مسوول: دکتر ملوک ترابی، drtorabiparizi@yahoo.com

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.29252/ijpd.9.1.21]

مقدمه:

کاهش شیوع پوسیدگی در کشورهای صنعتی در دو دهه اخیر مدیون ارتقاء سطح بهداشت، تغییر در عادات بهداشتی، مصرف خوراکی‌های بدون قند، تغییر در شرایط و روش زندگی، رفتارها و عملکردهای بهداشتی و کاربرد وسیع فلورایدمی باشد (۱،۲). آموزش بهداشت در پیشگیری از پوسیدگی‌های دندانی اهمیت ویژه‌ای دارد. والدین بخصوص مادران نقش مهمی در بهداشت و سلامت دهان کودکان خود دارند و اطلاعات آنهامی‌تواند رفتارهای سالم بهداشتی را درفرزندانشان تثبیت نماید (۳).

مطالعات زیادی نقش والدین را در پیشگیری از بیماریهای دهان و دندان فرزندانشان،نشان داده‌اند (۴، ۵).Poutanen و همکاران (۲۰۰۶) بین رفتار بهداشتی والدین با رفتار بهداشتی کودکانشان ارتباط معنی داری گزارش کردند (۶).Saied-Moallemi و همکاران نیز نشان دادند که مادرانی که بهداشت دهانی را بیشتر رعایت می کردند کودکانشان پوسیدگی کمتری داشتند (۷). دانش و بهداشت دهان خوب والدین روی سلامت دهان کودکانشان تاثیر مثبت دارد و دانش و نگرش والدین نسبت به بهداشت دهان می تواند سبب ارتقاء مهارتهای بهداشتی دهان درکودکانشان گردد (۸).

Costa معتقد است که برای اطمینان از بهداشت دهان کافی، نظارت والدین بر عادات بهداشتی کودکانشان مهم است (۹). Mitrankul و همکاران (۲۰۱۲)نشان دادند که سطح سواد والدین از عوامل موثر بر توانایی آنها برای بهداشت و سلامت دهان کودکانشان است (۱۰). Wellappuli و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند که ساختار فامیلی ممکن است روی میزان پوسیدگی دندانی کودکان پیش دبستانی موثر باشد (۱۱).

با توجه به اینکه یکی از عوامل مهم سلامت جامعه خانواده می باشد و کلیه متخصصان تاکید می کنند که برنامه های بهداشت دهان و دندان بایستی از کودکی و از هنگام رویش اولین دندان شیری انجام شود، آگاهی والدین از عوامل اصلی موفقیت جهت انجام این امر می باشد و از آنجائی که ویژگی های بومی و فرهنگی و نیز خصوصیات اقتصادی- اجتماعی در رفتارهای صحیح بهداشتی موثر است، لذا این تحقیق با هدف تعیین سطح آگاهی و عملکرد والدین در زمینه سلامت و بهداشت دهان و دندان کودکان ۷ ساله شهر کرمان در سال ۱۳۸۷ انجام شده است.

به امید اینکه نتایج حاصل از این تحقیق مورد توجه مسئولین امر بهداشت دهان و دندان جهت رفع نقائص احتمالی ودر نتیجه ارتقاء بهداشت دهان کودکان شود .

روش بررسی:

این پژوهش یک مطالعه مقطعی، توصیفی- تحلیلی است که روی ۴۰۰ نفر از والدین کودکان ۷ ساله مدارس شهر کرمان که بصورت خوشه ای، سیستماتیک و منظم انتخاب شده‌اند، انجام شده است. ابزار جمع آوری اطلاعات، پرسشنامه ای بود که توسط پژوهشگر با استفاده از کتب و مقالات موجود تهیه شده بود، و دارای سه بخش اطلاعات دموگرافیک (سن، میزان تحصیلات و شغل والدین)، سوالات سنجش آگاهی مشتمل بر ۲۳ سوال، وسوالات سنجش عملکرد مشتمل بر ۹ سوال، بوده است . جهت تعیین روایی، پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر صاحبنظر قرار گرفت و تناسب سوالات مورد بررسی قرارگرفت. با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، ضریب روایی کل سوالات ۹۱/۶۶٪ بدست آمد. جهت تعیین پایایی سوالات از روش test–retest استفاده شد. به این ترتیب که سوالات در دو نوبت به فاصله یک هفته در اختیار۱۰ تن از والدین کودکان ۷ ساله قرار گرفت و پاسخ سوالات مورد بررسی قرار گرفت.

ضریب پایایی سوالات در مجموع ۸۳/۲۲٪ بدست آمد. سپس پرسشنامه ها در طی جلسات انجمن اولیاء و مربیان و جلسات آموزگاران با اولیاء (پس از توضیح اهداف طرح)در اختیار اولیاء قرار گرفت و در همان جلسه پاسخ داده و برگردانده شد. کلیه داده ها فقط یک بار از واحد های پژوهش اخذ می شد.

داده ها پس از جمع آوری وارد کامپیوتر شد و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و آنالیز های t-test

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-10-11]

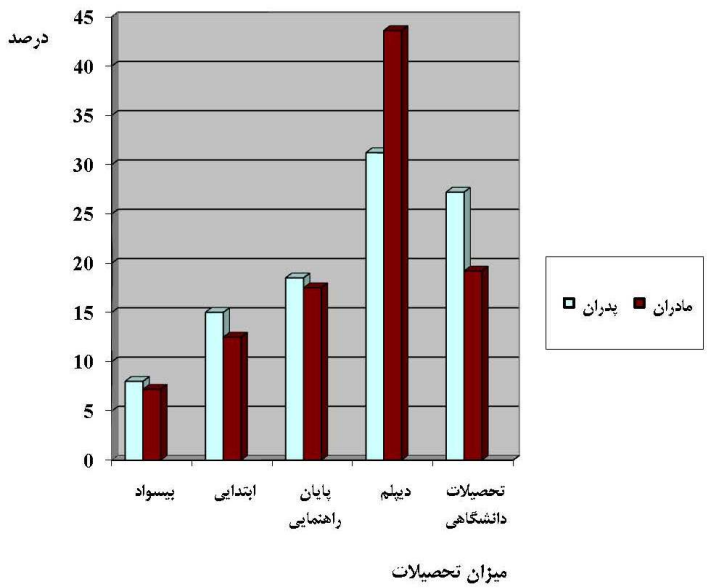
[DOI: 10.29252/ijpd.9.1.21]

وضریب همبستگی پیرسون و استفاده از جداول توزیع فراوانی مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت .

یافته ها:

این پژوهش روی ۴۰۰ نفر از والدین کودکان ۷ ساله شهر کرمان انجام شد و نتایج حاصل به شرح زیر میباشد:

تعداد ۲۲۱ نفر از پاسخ دهندگان (۵۵٪) را مادران و تعداد ۱۸۰ نفر (۴۵٪) را پدران تشکیل می دادند. میانگین سن مادران ۵/۷۹±۳۳/۳۱ و میانگین سن پدران ۶/۲۳±۳۸/۵۶ سال بود. میانگین نمره عملکرد ۳/۲۶±۹/۳۲ بود و میانگین نمره آگاهی پدران ۱۳/۴۰±۴۲/۸۲ و مادران ۱۳±۴۴/۵۴ بود. نمودار شماره ۱ وضعیت تحصیلات و نمودارشماره۲ شغل افراد را نشان می دهد.



نمودار شماره ۱- توزیع فراوانی والدین بر حسب تحصیلات

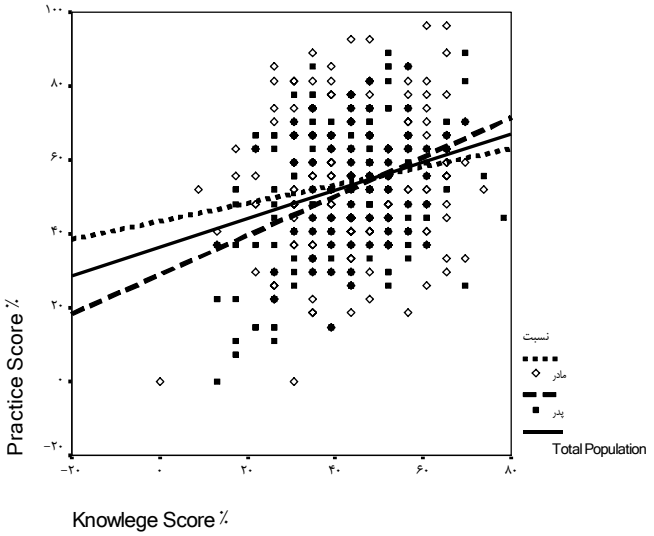
کمترین جواب صحیح سوالات آگاهی، به تعداد دفعات کافی مسواک زدن کودک، داده شده بود (۱۲٪) و فقط ۱۸٪ به اینکه مسواک زدن کودکان ۷ ساله نبایستی مستقلا انجام شود، پاسخ صحیح داده اند. ۹۱/۵٪ افراد به نقش تغذیه در ایجاد پوسیدگی واقف بودند.

۸۹/۷٪ می دانستند که رعایت بهداشت دهان کودک ۷ ساله تحت تاثیر عادات بهداشتی والدین است. ۷۵/۶٪ افراداز روش پوشاندن شیارهای دندان های خلفی برای پیشگیری از پوسیدگی آگاهی نداشتند.

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.29252/ijpd.9.1.21]

بررسی عملکرد نشان می دهد که ۸۷٪ افراد جهت پوشاندن شیارها مراجعه نکرده اند. ۸۹٪ افراد نحوه مسواک زدن صحیح را به کودکشان آموزش داده اند. ۶۲/۱٪ افراد اصلاز نخ دندان برای کودکشان استفاده نکرده اند. بین میانگین نمره آگاهی پدران و مادران تفاوت آماری معنی دار مشاهده نشد (جدول شماره ۱). همچنین بین میزان آگاهی و میزان تحصیلات پدران، بین عملکرد و تحصیلات پدران، بین میزان آگاهی و تحصیلات مادر، وبین عملکرد و تحصیلات مادران ارتباط آماری معنی داری مشاهده شد (p<۰/۰۵). بررسی ضریب همبستگی پیرسون بین سن پدران با آگاهی و عملکرد رابطه معنی داری را نشان نداد، اما بین سن مادران باآگاهی و عملکردرابطه معنی دار ضعیفی را نشان داد (جدول شماره ۲). بین میزان آگاهی و عملکردوالدین نیز رابطه معنی دار بدست آمد (نمودار پراکنش۱)



نمودار پراکنش شماره ۱- بررسی ارتباط نمرهٔ آگاهی و نمرهٔ عملکرد

جدول شماره ۱- مقایسه میانگین نمره آگاهی پدران و مادران

	تعداد	میانگین	انحراف معیار	آزمون آماری
پدران	۱۸۰	۴۲/۸۲	۱۳/۴۰	t = -۱/۲۹۵ df = ۳۹۹ p = ۰/۱۹۶
مادران	۲۲۰	۴۴/۵۴	۱۳	

جدول شماره ۲ – رابطه بین آگاهی و عملکرد با سن والدین

متغیر		پدران	مادران
آگاهی	تعداد	۱۸۰	۲۲۱
	ضریب r	-۰/۰۱۸	۰/۱۰۸
	p-value	۰/۷۲۵	۰/۰۳۱
عملکرد	تعداد	۱۸۰	۲۲۱
	ضریب r	۰/۰۱۶	۰/۱۱
	p-value	۰/۷۴۵	۰/۰۲۸

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-10-11]
[DOI: 10.29252/ijpd.9.1.21]

بحث:

در خصوص نحوه رعایت بهداشت ۴۹/۳٪ افراد استفاده از خمیر دندان و مسواک را برای پیشگیری از پوسیدگی کافی می دانستند و ۱۸٪ افراد معتقد بودند که والدین بایستی نظارت و همکاری برای مسواک زدن کودک ۷ ساله شان داشته باشند و فقط ۱۲٪ افراد از تعداد دفعات لازم مسواک زدن کودکشان آگاهی داشتند.

در مطالعه Blinkhon و همکاران (۲۰۰۱) ۷۱٪ مادران می دانستند که بایستی دندانهای کودکانشان را مسواک بزنند، در حالی که ۴۰٪ از آنها بطور نامرتب این کار را می کردند (۱۲). Al-Omiri (۲۰۰۶) نقش والدین را در انجام عادات بهداشتی دهان در کودکان اردنی محدود ذکر کرده است (۱۳). Kaur (۲۰۰۹) در مطالعه خود نشان داد که ۵۷٪ والدین در مسواک زدن به کودکانشان کمک می کردند (۱۴).با توجه به اینکه مسواک زدن صحیح و مرتب نقش مهمی درسلامت دهان کودکان دارد، آگاهی در این مورد ضعیف می باشد.

در این پژوهش ۳۲/۵٪ افراد استفاده از نخ دندان را در کودکان ۷ ساله ضروری می دانستند و ۴۹/۴٪ از روش صحیح استفاده از نخ دندان در کودکان آگاهی داشتند. این در حالی است که ۶۲/۱٪ افراد هیچ وقت از نخ دندان برای کودکانشان استفاده نمی کردند. با توجه به اینکه مسواک زدن به تنهایی نمی تواند باعث تمیز شدن نقاط تماس دندانها شود و با توجه به وسعت سطح تماس دندانها ی مولر شیری و لزوم حضور آنها تا حدود ۱۲-۱۱ سالگی، بنابراین آگاهی و عملکرد والدین در مورد استفاده از نخ دندان ضعیف می باشد.

۲۵/۹٪ افراد می دانستند که استفاده از خمیر دندان فلورایده برای تامین فلوراید مورد نیاز دندانها کافی نیست. به نظر می رسد با توجه به تبلیغات گسترده ای که در خصوص استفاده از مسواک برای رعایت بهداشت دهان ودندان می شود، بیشتر افراد مسواک را مهم تر می دانند و اهمیت نقش فلوراید در جهت پیشگیری از پوسیدگی کمتر مورد توجه قرار گرفته است. اینکه حدود نیمی ازافراد (۴۲/۹٪) نمی دانستند که فلوراید آب آشامیدنی کرمان کم است، لذا بایستی به موازات تشویق کودکان به استفاده از نخ دندان و مسواک زدن صحیح، اهمیت استفاده از مکمل های فلوراید نیز به اطلاع عموم رسانده شود. ۶۳/۳٪ افراد می دانستند که اولین دندان دائمی کودک بین ۷-۵ سالگی می روید و ۴۷/۱٪ علت استعداد به پوسیدگی دندان مولر اول را داشتن شیارهای عمیق می دانستند و ۴۷/۹٪ آگاهی داشتتند که اولین دندان دائمی در خلف دندان شیری می روید. با توجه به اهمیت دندان مولر اول دائمی و نقش کلیدی آن در اکلوژن، اطلاع افراد در این مورد کافی نیست.

۹۱/۵٪ افراد به نقش تغذیه در پوسیدگی واقف بودند، در حالی که ۳۸/۷٪ از بهترین زمان مصرف شیرینی در کودکان آگاهی داشتند. در پژوهش طوماریان و رحیم لو ۹۴٪ افراد قندها را عامل پوسیدگی می دانستند (۱۵) که همسو با نتایج مطالعه حاضر است. Chestnutt و همکاران (۲۰۰۳) گزارش کردند که آگاهی در خصوص اثرات طولانی مدت مصرف نوشیدنی های شیرین در ایجاد پوسیدگی های زودرس در کودکان ضعیف است (۱۶). نقش قندها در ایجاد پوسیدگی به علت اطلاع رسانی مناسب از طریق رسانه های جمعی، مراقبین بهداشت مدارس و دندانپزشکان برای جامعه بخوبی روشن شده است. ولی آگاهی اندکی از بهترین زمان مصرف شیرینیجات و نقش میان وعده ها در ایجاد پوسیدگی وجود دارد که لزوم آموزش والدین در این زمینه را روشن می سازد.

بررسی بخش عملکرد نشان داد که ۸۷/۳٪ افراد دندانهای کودک خود را معاینه می کنند و ۸۲٪ آنها بلافاصله هنگام درد دندان، کودک خود را به دندانپزشک نشان می دادند. ۵۱/۱٪ افراد برای ترمیم دندانهای شیری کودکشان به دندانپزشک مراجعه کرده بودند که کمتر از درصد افرادی است که از اهمیت دندان های شیری آگاهی داشتند. شاید این شکاف را بتوان به وجود مسائل مادی در ترمیم دندان ها نسبت داد.

۴۳/۹٪ افراد در طی ۶ ماه گذشته کودک خود را به دندانپزشک نشان داده بودند و با توجه به اینکه ۵۱/۱٪

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.29252/ijpd.9.1.21]

افراد برای ترمیم دندان شیری مراجعه کرده بودند، لذا درصد افرادی که برای معاینات دوره ای به دندانپزشک مراجعه می کردند مشخص نیست. میزان ویزیت های دندانپزشکی کودکان ۶ و۱۲ ساله در لهستان در سال (۲۰۰۲) ۷۱٪ گزارش شده است (۱۷). ۷/۹۷٪ مادران در نیجریه کودکان خود را به دندانپزشک نشان داده اند و بین آخرین ویزیت دندان پزشکی مادران با آخرین ویزیت اطفال آنهارابطه معنی داری گزارش شده است (۱۸). Tai و همکاران (۲۰۰۶) ویزیتهای دندانپزشکی را در گروهی که برنامه های آموزشی بهداشت در دبستان آنهاانجام شده بود، بیشتر از گروه کنترل گزارش کردند (۱۹).

۱۳٪ افراد جهت فیشورسیلانت به دندانپزشک مراجعه کرده بودند. علی رغم کوششهای زیادی که جهت معرفی این روش برای جلوگیری از پوسیدگی خصوصا در دندانهای دائمی تازه روئیده انجام شده، بنظر می رسد که عملکرد در این مورد نا کافی است. شاید با معرفی مراکزی که این خدمت در آنها به شکل رایگان انجام می شود، بتوان از این روش موثر در کاهش پوسیدگی بهره بیشتری گرفت.

۱۴٪ افراد همیشه به مسواک زدن کودکان خود نظارت دارند که این میزان نامناسب است. شاید به علت این است که والدین تصور می کنند کودک ۷ ساله توانایی کافی در این خصوص را دارد. ۱۴/۸٪ بطور مرتب از فرآورده های حاوی فلوراید استفاده می کردند. متاسفانه مصرف مرتب هنوز عادت نشده است.

در این تحقیق بین سطح تحصیلات والدین با میزان آگاهی آنها رابطه معنی داری مشاهده شد که با نتایج تحقیق Darout و همکاران (۲۰۰۵)، و طوماریان و همکاران مطابقت دارد (۱۵و۲۰). Van den Branden و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند که سطح سواد بیشتر مادران ارتباط معنی داری با نگرش بهتر آنها نسبت به بهداشت دهان و دندان دارد (۲۱).

Mitrakul و همکاران (۲۰۱۲) نیز بین سطح سواد والدین با نگرش و رفتار بهداشتی دهان کودکانشان ارتباط مستقیم معنی داری نشان دادند (۱۰). Ravera و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند که شاخص های دندانی بطور معنی داری با سطح سواد و نگرش والدین کودکان آرژانتینی ۱۴-۶ ساله در ارتباط بود (۲۲). یافته های مطالعه حاضر نیز موید این موضوع می باشد.

در این پژوهش بین عملکرد و میزان تحصیلات والدین، و نیز بین عملکرد و میزان آگاهی والدین ارتباط آماری معنی داری مشاهده شد. Rajab و همکاران بین دانش و نگرش والدین و رفتارهای بهداشتی اختلاف گزارش کردند (۲۳). در یک مطالعه فنلاندی مشخص شده است که دانش و رفتار والدین نقش مهمی در ایجاد ضایعات اولیه پوسیدگی در کودکان داشته است (۲۴).

همچنین نگرش والدین در خصوص سلامت دهان کودکان بطور معنی داری با سلامت دهان و رفتار بهداشتی خود والدین ارتباط دارد (۸) که با مطالعه حاضر مطابقت دارد.

نتیجه گیری:

آگاهی افراد می تواند بر رفتارهای بهداشتی آنها تاثیرگذار باشد و رفتارهای بهداشتی نیز بر سلامت دهان موثر است. بنابراین بنظر می رسد که بایستی اطلاعات بهداشتی والدین بخصوص مادران را ارتقاء داد. زیرا اطلاعات و عملکرد آنهامی تواند سبب تثبیت رفتارهای سالم بهداشتی در فرزندانشان گردد.

یافته های حاصل از این مطالعه نشان داد آگاهی افراد در برخی از زمینه های بهداشت دهان و دندان از جمله استفاده از نخ دندان، فیشورسیلنت، و کنترل و نظارت بر مسواک زدن صحیح و مرتب، کافی نیست.با توجه به اینکه آگاهی موجب بهبود عملکرد می شود بنابراین میتوان رابطه معنی دار بین عملکرد و آگاهی در این مطالعه را توجیه نمود.

پیشنهادات :

از آن جایی که مطالعات متعدد و نیز نتایج مطالعه حاضر نقش آگاهی والدین را در ارتقاء سطح سلامت دهان کودکان نشان داده اند، لذا تدوین و اجرای برنامه های آموزشی مداوم و مستمر بر اساس نتایج تحقیق جهت

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-10-11]
[DOI: 10.29252/ijpd.9.1.21]

آموزش گروه های هدف از جمله والدین، مربیان و مراقبین بهداشت مدارس و سایر گروه هایی که می تواند به نحوی روی عملکرد و تغییر رفتار کودکان تاثیر گذار باشد، از جمله برنامه های آموزشی نظیراستفاده از نخ دندان، اهمیت انجام فیشورسیلنت در پیشگیری از پوسیدگی، استفاده مرتب از مکمل های فلوراید، آگاهی جامعه از غلظت مناسب و استاندارد فلوراید آب آشامیدنی، آگاهی از انتقال باکتریهای پوسیدگی زا از دهان والدین به کودکان وآگاهی از اهمیت نظارت والدین بر نحوه مسواک زدن کودکان پیشنهاد می گردد.

منابع

1. Mahesh kumar p, Joseph T, Varma RB, Jayanthi M. Oral Health Status of 5 years and 12 years School going children in Chennai City – An epidemiological Study. J of Indian Society pedodontics and preventive Dentistry. 2005; 23(1):17-22.
2. Verbic V. Reasons for the caries decline in Slovenia. Community Dent oral Epidemiol. 2000; 28(2):126-32.
3. Frandson A. Changing patterns of attitudes and oral health behavior. Inter Dent J. 1995; 35:248-290.
4. Poutanen R, Lahti s, Seppa L, Tolvanen M, Hausen H. Oral Health related knowledge, attitudes, behavior, and family characteristics among Finish School children with and without active initial caries lesions. Acta Odontol Scand. 2007; 65(2):87-96.
5. Akpabio A, Klausner CP, Inglehort MR. Mothers'/guardians knowledge about promoting children's oral health. J Dent Hyg. 2008; 82(1):12-19.
6. Poutanen R, Lahti S, Tolvanen M, HausenH. Parental influence on children's oral health-related behavior. Acta Odontol Scand. 2006; 64(5):286-92.
7. Saied-Moallemi Z, Murtomaa H, Tehranchi A, Virtanen JI. Oral health behavior of Iranian mothers and their 9-year-old children. Oral Health Prev Dent. 2007; 5(4):263-9.
8. Vanagas G, Milašauskienė Z, Grabauskas V, Mickevičienė A. Associations between parental skills and their attitudes toward importance to develop good oral hygiene skills in their children. Medicina (Kaunas). 2009; 45(9):718-723.
9. Costa C, Pereira M, Passadouro R, Spencer B. Children's oral hygiene: healthy mouth, families supervise? Acta Med Port. 2008; 21(5):467-74.
10. Mitrakul K, Laovoravit V, Vanichanuwat V, Charatchaiwanna A, Charatchaiwanna A, Bunpradit W, Arunakul M. Factors associated with parent capability on child's oral health care. Southeast Asian. J Trop Med Public Health. 2012; 43(1):249-55
11. Wellappuli N, Amarasena N. Influence of family structure on dental caries experience of preschool children in Sri Lanka. Caries Res. 2012; 46(3):208-12.
12. Gussy MG, Waters EB, Riggs EM, Lo SK, Kilpatrick NM. Parental knowledge, beliefs and behaviors for oral health of toddlers residing in rural Victoria. Aust Dent J. 2008; 53(1):52-60.
13. Al–Omiri M, Al–Wahandi A, SaeedK. Oral health attitudes knowledge and Behavior among school children in north Jordan. J Dent Educ. 2006; 70(2):169-187.

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.29252/ijpd.9.1.21]

14. Kaur B. Evaluation of oral health awareness in parents of preschool children. Indian J Dent Res. 2009; 20(4):463-465.
15. Toomarian L, Rahimluii Barabi A. Evaluation of parents' knowledge about oral health in 7 years old students in Tehran in 1375. Journal of Dental School of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. 2001; 19(2):125-34. [In Persian]
16. Chestnutt LG, Murdoch C, Robson KF. Parents and careers choice of drinks for infants and toddlers, in areas of social and economic disadvantage. Community Dent Health. 2003; 20(3):139-45.
17. Wierzbicka M, Petersen PE, Szatko F, Dybizbanska I. Kalo I. Changing Oral Health status and oral health behavior of school children in Poland . Community Dent health. 2002; 9(4):243-50.
18. Orenugaoo, Sofolaoo. A survey of the knowledge, attitude and practices of antenatal mothers in Lagos, Nigeria about the primary teeth. Afr J Med Sci. 2005; 34(3):285-91.
19. Tai BJ, Jiang H, Du MQ, Huang W, Guo Y. A three–year evaluation of the effectiveness of the school–based oral health education program. Shanghai KouQiang Yi Xue. 2006; 15(6):591- 5.
20. Darout IA, Astrom AN, Skaug N. Knowledge and behavior related to oral health among secondary school students in Khartoum province,Sudan. Int Dent J. 2005; 55(4):224-30.
21. Van den Branden S, Van den Broucke S, Leroy R, Declerck D, Hoppenbrouwers K. Effects of time and socio-economic status on the determinants of oral health-related behaviors of parents of preschool children. Eur J Oral Sci. 2012; 120(2):153-60.
22. Ravera E, Sanchez GA, Squassi AF, Bordoni N. Relationship between dental status and family, school and socioeconomic level. Acta Odontol Latinoam. 2012; 25(1):140-9.
23. Rajab LD, Petersen PE, Bakaeen G, Hamdan MA. Oral health behavior of school children and parents in Jordan. Int J Pediatr Dent. 2002; 12(3):168-76.
24. Okada M, Kawamura M, Kaihara Y, Matshzaki Y, Kuwahara S, Ishido H, Mia A. Influence of parent's Oral health behavior on Oral health status of their School children an exploratory study employing a causal modeling technique. Int J Pediatr Dent. 2002; 12(2):101-105.

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.29252/ijpd.9.1.21]