

## بررسی شیوع عادات دهانی و وضعیت خانوادگی کودکان مبتلا

### در دانش آموزان ۶-۱۲ ساله شهر مشهد

دکتر حسین نعمت‌اللهی\* - دکتر آرزو جهان‌بین\*\*

\* - استادیار و مدیر گروه آموزشی دندانپزشکی کودکان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد.

\*\* - استادیار گروه آموزشی ارتودنسی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد.

#### چکیده

**زمینه و هدف:** تشخیص عادات دهانی و طرح ریزی درمان آنها علاوه بر معاینه دقیق اکلوزن به بررسی ویژگیهای شخصیتی و خانوادگی کودک مورد معاینه نیاز مبرم داشته و همکاری دندانپزشک و روانپزشک کودک می‌تواند نقش مؤثری در تشخیص و درمان ایفا کند. لذا مطالعه حاضر به منظور بدست آوردن میزان شیوع عادات دهانی در کودکان دبستانی شهر مشهد و بررسی وضعیت خانوادگی کودکان مبتلا انجام گرفت.

**روش بررسی:** در یک مطالعه مقطعی به روش نمونه‌گیری تصادفی با طبقه‌بندی جمعیت، تعداد هزار دانش‌آموز شامل ۴۶۴ دختر و ۵۳۶ پسر دبستانهای مناطق شش‌گانه مشهد و تبادکان که سنی بین ۱۲-۶ سال داشتند، مورد بررسی قرار گرفتند. بدین صورت که با استفاده از جدول اعداد تصادفی و با توجه به تراکم جمعیت دانش‌آموزی ۱۴ دبستان پسرانه و ۱۴ دبستان دخترانه انتخاب و سپس پرسشنامه مربوط به بررسی که شامل ۱۷ سؤال در مورد اطلاعات فردی، میزان تحصیلات والدین و شغل آنها، تعداد فرزندان خانواده و وجود عادات دهانی بود توسط دانش‌آموز برای والدین ارسال می‌گردید. کودکانی که پرسشنامه‌های تکمیل شده از آنان در اختیار گروه قرار نمی‌گرفت از مطالعه حذف و مجدداً نمونه‌گیری انجام می‌شد. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها توسط برنامه SPSS و با استفاده از آزمون Chi - square مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** یافته‌های این بررسی مشخص کرد که در مجموع ۵۲/۳٪ از کودکان به یک یا چند نوع عادت دهانی مبتلا بودند. به علاوه شیوع عادات مذکور در گروه سنی ۱۰-۱۱ ساله بیشتر از سایر گروههای سنی مورد بررسی در این مطالعه گزارش شد. در مطالعه حاضر شیوع تنفس دهانی ۲۹٪، مکیدن شست ۳/۷٪، مکیدن انگشت دیگر جز شست ۲/۱٪، ناخن جویدن ۱۰/۵٪، دندان قروچه ۲۴/۴٪، مکیدن لب ۷/۷٪، کندن پوست لب ۹/۶٪ و سایر عادات ۲/۱٪ بدست آمد. این مطالعه نشان داد به غیر از تنفس دهانی و دندان قروچه که در گروه پسران از فراوانی بیشتری برخوردار است بقیه عادات دهانی در دختران شایعتر می‌باشد ولی ارتباط آماری معنی‌داری بین میزان ابتلا دو جنس به عادات یاد شده مشاهده نشد ( $p\text{-value}=0/88$ ). در ضمن برخی عوامل دخیل در بروز عادات دهانی مانند شغل والدین و تعداد فرزندان خانواده نیز در این مطالعه مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج نشان داد بالاترین فراوانی دندان قروچه، مکیدن لب و کندن پوست لب متعلق به کودکانی است که پدر آنها بیکار، بازنشسته و یا زندانی است. در عوض ناخن جویدن در کودکانی که پدران آنها در طبقه پزشکان، مهندسان و یا استادان دانشگاه قرار می‌گرفت بیشتر مشاهده شد.

به علاوه مشخص شد ناخن جویدن و دندان قروچه در تک فرزندها و مکیدن انگشت، مکیدن لب و کندن پوست لب در گروهی از کودکان که پنج و یا بیشتر از پنج خواهر و برادر دارند از شیوع بالاتری برخوردار است.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های این بررسی می‌توان نتیجه گرفت تقریباً نیمی از کودکان دبستانی شهر مشهد مبتلا به حداقل یک عادت دهانی بودند و شیوع تنفس دهانی، دندان قروچه و ناخن جویدن بیشتر از سایر عادات می‌باشد. از طرف دیگر میزان ابتلای دختران و پسران تفاوت چشمگیری با یکدیگر نداشت و عادات دهانی در کودکان متعلق به خانواده‌های پرجمعیت و از لحاظ اقتصادی - اجتماعی ضعیف بیشتر مشاهده می‌شد.

**کلید واژه‌ها:** عادت دهانی - کودکان دبستانی - وضعیت خانوادگی

## مقدمه

سالیان سال، عادات دهانی، موضوع مورد بحث حرفه دندانپزشکی بوده ولی هیچ‌گونه توافق قطعی در مورد میزان آسیب‌رسانی آنها به سیستم دندانی، طریقه کنترل و روش درمان بدست نیامده است (۱). در موارد بسیاری عادات دهانی، با احساسات و عواطف کودک در ارتباط است و بسیاری از کودکان از عادات مذکور برای رهایی از تنش‌های عاطفی و احساسی که نمی‌توانند بر آنها فایز آیند، استفاده می‌کنند (۲-۴).

Bayardo در سال ۱۹۹۶ با بررسی هزار و ششصد بیمار ۲-۱۵ ساله نشان داد عادات دهانی در گروه دختران و در دو سن پنج و ده سال شیوع بیشتری دارد. در این مطالعه تعداد خواهان و برادران کودک در پیدایش عادات دهانی مهم جلوه کرد چرا که این مشکل بیشتر در تک فرزندان و کمتر برای بچه‌هایی که ۳-۴ خواهر و برادر داشتند، بروز کرده بود. همچنین عدم حضور پدر در خانواده نیز یک عامل مهم در ایجاد عادت دهانی کودکان به شمار آمد (۵).

در سال ۱۹۷۸، Kurosu و همکارانش، شیوع عادت مکیدن انگشت را در کودکان ۱-۱۱ ساله ژاپنی ۱۳/۸٪ گزارش کردند (۶-۷).

Brenchley معتقد است شمار کودکانی که انگشت می‌مکند با افزایش سن تقلیل می‌یابد. به طوری که شیوع عادت مذکور که در سن ۷ سالگی ۱۲٪ است، در ۱۲ سالگی به ۲٪ کاهش خواهد یافت (۸).

بررسی Geis و Piarulle در سال ۱۹۸۸ نشان داد که کودکان مبتلا به عادت مکیدن انگشت به طور واضحی درون‌گراتر از گروه کنترل می‌باشند. به علاوه در این بررسی تمامی کودکان دارای عادت مذکور، ترجیح می‌دادند در شرایط استرس زا انگشت شست خود را

بمکند (۹).

در سال ۱۹۹۰، Kleinrock و همکارانش تحقیقی را در هلند، به منظور تعیین شیوع ناخن جویدن انجام دادند. در مطالعه مذکور، ۲۹۰۵ نمونه مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج این تحقیق حاکی از آن بود که شیوع ناخن جویدن با بالا رفتن سن کم می‌شود، به طوری که بالاترین درصد (۴۳/۱٪) مربوط به جوانترین گروه سنی (۷-۱۴) ساله و پایینترین درصد آن (۱۹/۲٪) متعلق به مسنترین گروه بود (۱۰).

این بررسی همچنین نشان داد، شیوع ناخن جویدن در دانش‌آموزان کلاس‌های مختلف متفاوت است. Kleinrock چنین برداشت کرد که شاید این اختلاف به شدت متفاوت فشارهای روحی - روانی وارده به دانش‌آموزان در کلاس‌های مختلف مربوط باشد (۱۰).

Singer و Gibson در سال ۱۹۸۸ عنوان کردند احتمالاً ناخن جویدن برای اولین بار بدین سبب انجام می‌گیرد که کودک از این عمل لذت برده و یا اینکه آن را از کودک دیگری می‌آموزد. لیکن از آن پس تحت تأثیر فشار روحی تکرار می‌گردد (۱۱).

طبق تحقیق Lindquist در سال ۱۹۷۱، دندان قروچه در کودکان شایعتر از افراد بالغ است (بخصوص در دوره دندانهای شیری). او معتقد بود این پدیده موقتی بوده و با رویش دندانهای دائمی متوقف می‌گردد. در ضمن در این بررسی شیوع دندان قروچه در دختر و پسر مساوی بود (۱۲).

Shanon, Shapiro و Vernallis طی مطالعات جداگانه‌ای در فاصله سالهای ۱۹۵۵-۱۹۶۶ فشارهای روحی-روانی و تداخلات اکولوژی را عوامل اصلی ایجاد کننده دندان قروچه به شمار آورده‌اند. آنها معتقدند دندان قروچه ممکن است به تنش‌های روحی نظیر ناکامی،

## مواد و روشها

در این بررسی که به صورت مقطعی انجام گرفت تعداد هزار دانش آموز دبستانهای مناطق شش گانه مشهد و تبادکان که در فاصله سنی بین ۱۲-۶ سال قرار داشتند، بین سالهای ۱۳۷۶-۱۳۷۸ مورد بررسی قرار گرفتند. جهت شروع بررسی از کمیته اخلاقی دانشگاه و اداره کل آموزش و پرورش استان خراسان کسب مجوز شد. نحوه انتخاب نمونه به شکل تصادفی با طبقه‌بندی جمعیت (Stratified Random Sampling) بود، بدین صورت که با استفاده از جدول اعداد تصادفی و با توجه به تراکم جمعیت دانش آموزی و گستردگی نواحی تعداد ۱۴ دبستان دخترانه و ۱۴ دبستان پسرانه انتخاب و در هر مدرسه با استفاده از جدول اعداد تصادفی و دفتر آمار دبستان از هر کلاس درس (اول تا چهارم) نُه نفر انتخاب شدند.

سپس پرسشنامه مربوط به تحقیق که شامل ۱۷ سؤال در مورد اطلاعات فردی، میزان تحصیلات والدین، شغل والدین، تعداد فرزندان خانواده و وجود عادات دهانی (تنفس دهانی، مکیدن انگشت، جویدن ناخن، دندان قروچه، مکیدن لب، کندن پوست لب و سایر عادات) بود، توسط دانش آموز برای والدین وی ارسال می‌گردید. برای توجیه کودکان در مورد اهمیت حفظ و نگهداری، تکمیل و عودت به موقع پرسشنامه‌ها به دفتر دبستان، از آموزگاران هر کلاس کمک گرفته شد. در عین حال کودکانی که پرسشنامه تکمیل شده‌ای در مورد وجود یا عدم وجود عادات دهانی در روز بعد همراه نداشتند از مطالعه حذف شده و از دانش آموزان همان پایه تحصیلی نمونه‌گیری مجدد انجام شد.

سپس یافته‌ها توسط برنامه SPSS و با استفاده از آزمون Chi-Square مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و

عصبانیت، اضطراب یا ترس مربوط باشد (۱۲). Reding و همکارانش در سال ۱۹۶۶ گزارش کردند، شیوع بالائی از دندان قروچه شبانه، بین بستگان درجه یک بیمار وجود دارد (۱۲).

Reding و Rubright و Zimmerman شیوع دندان قروچه را در کودکان ۱۵٪ عنوان کرده‌اند (۱۳).

Ahmad و همکارانش در سال ۱۹۸۶ عنوان داشتند بین هیجان‌ناز روحی، اضطراب و فروبردن خشم به ناچار و فشردن دندانها ارتباط مستقیم وجود دارد (۱۴).

Bartimier گفته است کودکانی که دارای قدرت بیان و اظهار نظر در مسائل مختلف گردیده اند اگر توجهی به عقیده آنها نشود و مرتباً سرکوفت بخورند منجر به عصبانیت و درون‌گرایی آنها شده و اغلب این حالت درونی می‌تواند باعث شروع دندان قروچه گردد (۱۵).

Martoro و همکاران در سال ۱۹۹۸ عنوان کردند که عادات لب اغلب توسط دندانپزشکان تشخیص داده می‌شود و در اکثر موارد برای والدین ناشناخته است. در هر حال عادات مذکور می‌تواند در هر سنی ظاهر شود و معمولاً با یک تکرار مشخص خصوصاً موقع تمرکز فکر انجام می‌گیرد (۱۶). مکیدن لب که با وجود یک ضایعه نیم حلقوی، قرمز و ترک خورده زیر لب پایین مشخص می‌شود اغلب در کودکانی که متحمل فشارهای عاطفی هستند بروز کرده و این وضعیت در اکثر موارد با افسردگی یا زد و خورد در محیط خانوادگی همراه می‌باشد (۱۷-۱۸).

لذا هدف از مطالعه حاضر، بدست آوردن میزان شیوع عادات دهانی در کودکان دبستانی شهر مشهد بود. به‌علاوه در این مطالعه ارتباط عادات مذکور با مسایل و مشکلات روحی، روانی کودکان نیز با در نظر گرفتن وضعیت اجتماعی-اقتصادی و بافت فرهنگی شهر مشهد بررسی شد.

( $p\text{-value} < 0/05$ ) از لحاظ آماری ارزشمند تلقی شد.

### یافته‌ها

از بین هزار کودک بین سن ۶-۱۲ سال (۵۳۶ پسر و ۴۶۴ دختر)، ۲۷/۷٪ از آنها کلاس اول، ۲۳/۴٪ کلاس دوم، ۲۵/۳٪ کلاس سوم و ۲۳/۶٪ کلاس چهارم دبستان بودند. از این تعداد ۵۲۳ کودک مبتلا به یک و یا چند عادت دهانی شناخته شدند. این بررسی مشخص کرد که ۵۱/۹٪ از کل دختران و ۵۲/۶٪ از کل پسران معاینه شده دارای حداقل یک عادت دهانی بودند (نمودار ۱).

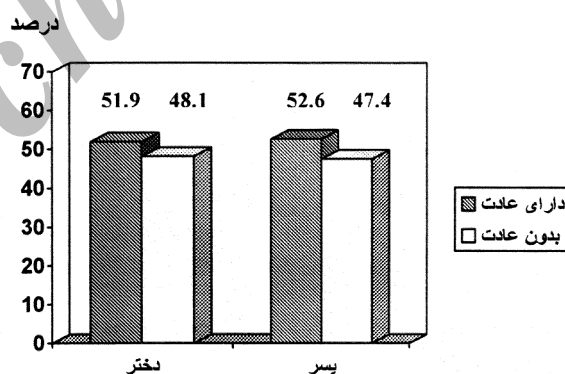
در مطالعه حاضر شیوع تنفس دهانی ۲۹٪، دندان قروچه ۲۴/۴٪، ناخن جویدن ۱۰/۵٪، مکیدن شست ۳/۷٪، مکیدن انگشت دیگر جز شست ۲/۱٪، مکیدن لب ۷/۷٪، کندن پوست لب ۹/۶٪ و سایر عادات ۲/۱٪ بدست آمد. جدول ۱ توزیع فراوانی مطلق و نسبی عادات دهانی را در نمونه‌های مورد مطالعه به تفکیک سن نشان می‌دهد.

این مطالعه نشان داد که بجز تنفس دهانی و دندان قروچه که در گروه پسران از فراوانی بیشتری

برخوردار است بقیه عادات دهانی در دختران شایعتر می‌باشد ولی ارتباط آماری معنی داری بین میزان ابتلای دو جنس به عادات یاد شده مشاهده نشد (جدول ۲).

براساس جدول ۳ بالاترین فراوانی سه عادت دندان قروچه، مکیدن لب و کندن پوست لب متعلق به کودکانی بود که پدران آنها در طبقه شغلی بیکار، زندانی، بازنشسته قرار می‌گرفتند. با این وجود ناخن جویدن در کودکانی که پدران آنها در طبقه شغلی تحصیل کرده قرار داشتند، بیشتر مشاهده شد. از طرفی بالاترین فراوانی چهار عادت ناخن جویدن، دندان قروچه، مکیدن لب و کندن پوست آنها متعلق به کودکانی بود که مادران آنها در طبقه شغلی کارگر و بالاترین فراوانی مکیدن انگشت مربوط به کودکانی بود که مادر خانه دار داشتند (جدول ۴).

به علاوه مشخص شد ناخن جویدن و دندان قروچه در تک فرزندها و مکیدن انگشت، مکیدن لب و کندن پوست لب در گروهی از کودکان که پنج یا بیشتر از پنج خواهر و برادر دارند، از شیوع بالاتری برخوردار است (جدول ۵).



$$X^2 = 0.02214 \quad D.F = 1 \quad P.value = 0.88$$

نمودار ۱: توزیع فراوانی نسبی عادات دهانی در نمونه‌های مورد مطالعه برحسب جنس

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی عادات دهانی در نمونه‌های مورد مطالعه به تفکیک سن

گروه سنی (سال)	بدون عادت		دارای عادت		مجموع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۷-۶	۳۴	۵۷/۷	۲۵	۴۲/۳	۵۹	۱۰۰/۰
۸-۷	۱۲۶	۵۳/۹	۱۰۸	۴۶/۱	۲۳۴	۱۰۰/۰
۹-۸	۱۱۹	۴۷/۵	۱۳۲	۵۲/۵	۲۵۱	۱۰۰/۰
۱۰-۹	۱۲۰	۴۵/۵	۱۴۴	۵۴/۵	۲۶۴	۱۰۰/۰
۱۱-۱۰	۶۳	۳۹/۶	۹۶	۶۰/۴	۱۵۹	۱۰۰/۰
۱۲-۱۱	۱۵	۴۵/۴	۱۸	۵۴/۶	۳۳	۱۰۰/۰
نتیجه آزمون Chi-Square						
		p-value = ۰/۵۹		D.F=۵		X <sup>2</sup> = ۱۰/۶۴۰۹۲

جدول ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی انواع عادات دهانی براساس جنس

انواع عادات دهانی	جنس		مجموع	نتیجه آزمون Chi-Square D.F	p-value
	پسر	دختر			
تنفس دهانی	تعداد: ۱۶۴ درصد: ۵۶/۶	تعداد: ۱۲۶ درصد: ۳۴/۴	تعداد: ۲۹۰ درصد: ۱۰۰/۰	۱	۱/۲۶۰۰
مکیدن انگشت	تعداد: ۱۶ درصد: ۴۳/۲	تعداد: ۲۱ درصد: ۵۶/۸	تعداد: ۳۷ درصد: ۱۰۰/۰	۱	۱/۲۵۲۸۵
ناخن جویدن	تعداد: ۵۱ درصد: ۴۸/۶	تعداد: ۵۴ درصد: ۵۱/۴	تعداد: ۱۰۵ درصد: ۱۰۰/۰	۱	۰/۹۷۷۶۰
دندان قروچه	تعداد: ۱۳۰ درصد: ۵۳/۳	تعداد: ۱۱۴ درصد: ۴۶/۷	تعداد: ۲۴۴ درصد: ۱۰۰/۰	۱	۰/۰۰۱۷۶
مکیدن لب	تعداد: ۳۷ درصد: ۴۸/۰	تعداد: ۴۰ درصد: ۵۲/۰	تعداد: ۷۷ درصد: ۱۰۰/۰	۱	۰/۸۰۴۹۵
کندن پوست لب	تعداد: ۴۶ درصد: ۴۷/۹	تعداد: ۵۰ درصد: ۵۲/۱	تعداد: ۹۶ درصد: ۱۰۰/۰	۱	۱/۱۳۷۷۹
سایر عادات	تعداد: ۱۰ درصد: ۴۷/۶	تعداد: ۱۱ درصد: ۵۲/۴	تعداد: ۲۱ درصد: ۱۰۰/۰	۱	۰/۱۱۱۷۸

جدول ۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی عادات دهانی کودکان برحسب شغل پدر

طبقه شغلی پدر	مجموع کودکان		عادات دهانی		نتیجه آزمون Chi-Square
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۱	۵۱	۱۰۰/۰	۱۴	۲۷/۵	۱۰/۵۰
۲	۳۵۲	۱۰۰/۰	۸۵	۲۴/۱	۵
۳	۲۷۶	۱۰۰/۰	۷۵	۲۷/۲	۰/۳۶
۴	۲۲۴	۱۰۰/۰	۵۰	۲۲/۳	۰/۷۲
۵	۵۳	۱۰۰/۰	۱۰	۱۸/۹	۰/۸۱
۶	۲۴	۱۰۰/۰	۶	۲۵/۰	۰/۳۴
		X <sup>2</sup>		DF	
		۵/۵۸		۵	
		p-value		۰/۳۴	

راهنمای طبقات شغلی پدر:

طبقه ۱: زندانی، از کار افتاده و بیکار.

طبقه ۲: فروشندگان دوره گرد، روزمزد، رانندگان، کارگران فروشگاهها که خود مالک آنجا نباشند.

طبقه ۳: مغازه دارها، تعمیرکارها، دامداران، صاحبان تولیدیهای کوچک و مشاغل آزاد.

طبقه ۴: کارمندان دولت و فرهنگیان.

طبقه ۵: نظامیان.

طبقه ۶: پزشکان، مدیران، استادان دانشگاه و مهندسان.

مجله دندانپزشکی جامعه اسلامی دندانپزشکان / ویژه نامه دندانپزشکی کودکان، تابستان ۱۳۸۳

جدول ۴: توزیع فراوانی مطلق و نسبی عادات دهانی کودکان برحسب شغل مادر

عادات دهانی											مجموع کودکان	طبقه شغلی مادر
کندن پوست لب	مکیدن لب	دندان قروچه	ناخن جویدن	انگشت مکیدن	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد		
۹/۹	۹۰	۷/۹	۷۲	۲۳/۷	۲۱۴	۱۰/۳	۹۳	۳/۹	۳۶	۹۰۱	۱	
۳/۴	۲	۳/۳	۲	۳۱/۷	۱۹	۱۳/۳	۸	۱/۷	۱	۶۰	۲	
۱۵/۸	۳	۱۵/۸	۳	۳۶/۸	۷	۱۵/۸	۳	۰/۰	۰	۱۹	۳	
۵/۰	۱	۰/۰	۰	۲۰/۰	۴	۵/۰	۱	۰/۰	۰	۲۰	۴	
۴/۱۹۸۴۹	۵/۱۳۵۱۲	۳/۷۲۷۴۶	۱/۷۵۲۴۳	۲/۴۱۵۵۵	$\chi^2$							
۳	۳	۳	۳	۳	DF						نتیجه آزمون	
۰/۲۴۰۸	۰/۱۶۲۲	۰/۲۹۲۴	۰/۶۲۵۳	۰/۴۹۰۷	p-value						Chi-Square	

راهنمای طبقات شغلی مادر:  
 طبقه ۱: خانه داران  
 طبقه ۲: آموزگاران  
 طبقه ۳: کارگران  
 طبقه ۴: کارمندان

جدول ۵: توزیع فراوانی نسبی و مطلق عادات دهانی براساس مجموع تعداد خواهران و برادران کودک

عادات دهانی											مجموع خواهران و برادران کودک
کندن پوست لب	مکیدن لب	دندان قروچه	ناخن جویدن	انگشت مکیدن	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد	
۳/۵	۱	۰/۰	۰	۳۲/۱	۹	۱۴/۲	۴	۰/۰	۰	۲۸	صفر
۸/۵	۳۵	۴/۸	۲۰	۶۲/۲	۱۰۸	۱۱/۶	۴۸	۳/۶	۱۵	۴۱۱	۲-۱
۱۰/۰	۳۱	۹/۰	۲۸	۲۲/۲	۶۹	۸/۷	۲۷	۲/۹	۹	۳۱۰	۴-۳
۱۱/۵	۲۹	۱۱/۵	۲۹	۲۳/۱	۵۸	۱۰/۳	۲۶	۵/۱	۱۳	۲۵۱	۵ و بیشتر
۲/۸۹	۱۲/۹۹	۲/۶۹	۲/۰۹	۳/۱۷	$\chi^2$						
۳	۳	۳	۳	۳	D.F						نتیجه آزمون
۰/۴۰۸	۰/۰۰۴	۰/۴۴۱	۰/۵۵۱	۰/۳۶۵	p.value						Chi-Square

در این رابطه، Bayardo و همکارانش طی تحقیق گذشته نگری که در سال ۱۹۹۶ و در کشور مکزیک انجام شد، شیوع عادات دهانی را در کودکان ۲-۱۵ ساله، ۵۶/۸٪ گزارش کردند(۵). بنابراین مشاهده می‌شود که تحقیق Bayardo و مطالعه حاضر نتایج تقریباً همگونی دارند که شاید یکی از علل عمده آن، این باشد که تحقیق یاد شده در کشوری انجام گرفته که از لحاظ ساختارهای فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی، شباهتهایی به کشور ایران دارد.

### بحث

در مطالعه حاضر که با هدف بررسی شیوع عادات دهانی و عوامل مرتبط با آن انجام شد، هزار دانش آموز دختر و پسر کلاس‌های اول تا چهارم دبستانهای مشهد و حومه مورد معاینه قرار گرفتند. نتایج این مطالعه نشان داد، در کل ۵۲/۳٪ از نمونه‌ها مبتلا به برخی انواع عادات دهانی می‌باشند.

درگیر مشکلات عاطفی متعددی خواهند بود که از وضعیت اجتماعی، اقتصادی نابسامان خانواده آنها منشأ می‌گیرد و این وضعیت خود می‌تواند سبب بروز دهانی در آنها باشد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، برخلاف انتظار، شیوع عادت دهانی در فرزندان پدران نظامی افزایش چشمگیری ندارد. با این وجود، در مطالعه حاضر بالاترین فراوانی چهار عادت ناخن جویدن، دندان قروچه، مکیدن لب و کندن پوست لب در فرزندان مادران کارگر گزارش شده است که شاید این موضوع با مسائل عاطفی ناشی از مشکلات اجتماعی-اقتصادی خانواده مرتبط باشد. به علاوه این بررسی بالاترین فراوانی سه عادت مکیدن انگشت، مکیدن لب و کندن پوست آن را در گروهی از کودکان که پنج یا بیشتر از پنج خواهر و برادر دارند نشان می‌دهد. در این رابطه تحقیقات متعددی ثابت کرده تعداد فرزندان به شرط اینکه با یکدیگر زدوخورد نداشته باشند، برای آن خانواده مشکل ساز نخواهد بود. از طرفی وجود آرامش در خانواده خود مستلزم بهره برداری تک تک فرزندان از فضا و امکانات برابر است (۱۹). بدین ترتیب مشخص می‌شود در جامعه ما که متأسفانه افزایش تعداد فرزندان مساوی با افزایش مشکلات مادی خانواده‌هاست، طبعاً کودکان خانواده‌های پرجمعیت درگیر مشکلات عاطفی متعددی خواهند بود که زمینه را برای بروز عادات دهانی در آنها فراهم می‌آورد. از طرف دیگر این بررسی مشخص می‌کند، شیوع ناخن جویدن و دندان قروچه در تک فرزندها بیشتر از سایر گروه‌های مورد مطالعه می‌باشد که این افزایش شیوع ممکن است با مشکلات روحی-روانی خاص این کودکان نظیر تنهایی، انزوا و حمایت بیش از حد والدین از آنها مرتبط باشد (۱۹). با این وجود تحقیق Bayardo و همکارانش در سال ۱۹۹۶ نشان داد، در کل عادات دهانی بیشتر در تک

به‌علاوه بررسی گروه‌های سنی کودکان مبتلا (جدول ۱) نشان می‌دهد، شیوع عادات دهانی تا حدود سن ۱۰-۱۱ سالگی رو به افزایش بوده و از آن پس شیوع عادات مذکور سیری نزولی را طی می‌کند.

چنانچه در این بررسی بالاترین شیوع عادات دهانی در کودکان گروه سنی ۱۰-۱۱ سال گزارش شده است که با نتایج حاصل از مطالعات Bayardo و همکارانش در سال ۱۹۹۶ کاملاً شباهت دارد.

در این رابطه باید توجه داشت همان‌طور که دوران اولیه کودکی (Early childhood) در پنج سالگی به تکامل می‌رسد، دوران میانه کودکی (Middle childhood) نیز در ده سالگی به اتمام می‌رسد. دوران ده سالگی بسیار شبیه دوران پنج سالگی است، با این تفاوت که حد پیوستگی نفسانی و مغزی کودک بسیار پیشرفته‌تر می‌شود. در حقیقت، کودک ده ساله دوران کودکی خویش را پشت سر گذاشته و وارد مرحله جدیدی از زندگی به نام نوجوانی می‌شود. در این سن، کودک معمولاً به راحتی با دوستان و همکلاسی‌هایش تفاهم پیدا کرده و از طرف دیگر می‌تواند با عقل و منطق با بزرگسالان رابطه برقرار نماید. اما از این پس فشار روانی به طرف سن بلوغ و نوجوانی در درون به ظاهر آرام او شروع به فعالیت کرده و در دوران یازدهمین سال زندگی نمایان می‌شود. بنابراین احتمال می‌رود بروز بیشتر عادات دهانی در این سن با این فشار روانی فزاینده در ارتباط باشد (۱۹).

بررسی حاضر به مطالعه ارتباط بین عادات دهانی کودکان و شغل والدین آنها نیز می‌پردازد. براین اساس مشخص می‌شود بالاترین فراوانی سه عادت دندان قروچه، مکیدن لب و کندن پوست لب، متعلق به کودکانی است که پدران آنها در طبقه شغلی ۱ (بیکار، زندانی، بازنشسته) قرار می‌گیرند. بدیهی است چنین کودکان خود

فرزندها و کمتر در کودکانی که ۳-۴ خواهر و برادر دارند ایجاد می‌شود(۵). با توجه به اینکه تحقیق Bayardo این موضوع را به صورت کلی بررسی کرده است، نمی‌توان از این نظر مقایسه صحیحی بین تحقیق حاضر و مطالعه Bayardo انجام داد.

### نتیجه‌گیری

۱ - تقریباً نیمی از کودکان ۱۲-۶ ساله شهر مشهد و مبتلا به یک و یا چند نوع عادت دهانی هستند.  
 ۲ - شیوع عادات دهانی در کودکان گروه سنی ۱۰-۱۱ سال بیشتر از سایر گروه‌های سنی مورد بررسی است، ولی اختلاف آماری معنی داری بین گروه‌های مذکور

وجود ندارد.

۳ - از بین عادات دهانی، تنفس دهانی با شیوع ۲۹٪ از بالاترین فراوانی و دندان قروچه و ناخن جویدن با شیوع ۲۴/۴٪ و ۱۰/۵٪ به ترتیب در رده‌های بعدی هستند.

۴ - هر چند عادات دهانی عمدتاً در دختران شایعتر است ولی ارتباط آماری معنی داری بین میزان ابتلاء دو جنس به عادات یاد شده وجود ندارد.

۵ - عادات دهانی در کودکان متعلق به خانواده‌های پرجمعیت و از لحاظ اقتصادی، اجتماعی ضعیف بیشتر مشاهده می‌شود.

### REFERENCES

۱. پژند، هاید. دندانپزشکی عملی و ارتودنسی برای کودکان (روشهای کلینیکی و لابراتواری)، چاپ اول. مشهد: انتشارات دانشگاه فردوسی مشهد؛ ۱۳۷۶، ۱۷۵-۱۹۴.
۲. خاوری، امیر. ابعاد و مکانیزم عادت مکیدن انگشت. مجله دانشکده دندانپزشکی تهران ۱۳۶۷-۱۳۶۸؛ (۴-۱۱): ۲۷-۳۲.
۳. صبور اردوبادی، احمد. نقش تربیتی عادت، چاپ اول. تهران: انتشارات هدی؛ ۱۳۶۰، ۷-۱۹.
۴. کریم پور، صادق. روانشناسی اعتیاد، چاپ اول. تهران: انتشارات امیر کبیر؛ ۱۳۶۴، ۴-۲۴۱.
5. Bayardo RE, Mejia JJ, Orozco S, Montaya K. Etiology of oral habits. J Dent Child 1996; 63(5): 350-353.
6. Fukuta D, Braham RE, Yokoi K, Kurosu K. Damage to the primary dentition resulting from thumb and finger (digit sucking). J Dent Child 1996; 63(6): 403-407.
7. Kurosu K, Fukota D, Yoshika T. A study of the psychosomatic odontology of oral habits. Jap J Pediatr Dent 1978; 16: 123-136.
8. Turgeon O'Brein H, Lachapelle D, Gagnon P, Larocque I, Maheu-Robert LF. Nutritive and non nutritive sucking habits: A review. J Dent Child 1996; 63(5): 321-327.
9. Geis AM, Piarulle DH. Psychological aspects of prolonged thumb sucking habits. J Clin Orthod 1998; 22(8): 429-495.
10. Kleinrok M, Meilnik-Hus J, Zysko-Wozniak D, Szkutnik J, Kaczmarek A, Doraczynska E, et al. Investigations on prevalence and treatment of finger nail biting. J Craniomand Pract 1990; 8(1): 45-50.



11. Singer P, Gibson GH. Unilateral onychodystrophy secondary to nail biting. *Cutis* 1988; 42(3): 191-192.
12. Leung AK, Robson WL. Bruxism. How to stop tooth grinding and clenching. *Post Grad Med* 1991; 89(8): 167-171.
13. Mc Donald RE, Avery DR. *Dentistry for the child and adolescent*, 6<sup>th</sup> ed. (SL): Mosby Company; 1994, 776-784.
14. Ahmad R. Bruxism in children. *J of Pedodont* 1986; 10(2): 105-125.
15. Schaver P. Braxism. *Front Oral Phsiol* 1974; 1: 293-322.
16. Martoro MR, Gonzalez AB, Lajardin LP. Open bite due to lip sucking: A case report. *J Clin Pediatr Dent* 1998; 22(3): 207-210.
17. Stewart RE, Barber TK, Troutman KC, Y.Wei SH. *Pediatric dentistry: Scientific foundation and clinical practice*, first ed. (SL): Mosby Company; 1982, 361-371.
18. Braham SL, Morris ME. *Text book of pediatric dentistry*, 2<sup>nd</sup> ed. Baltimore: Williams & Wilkins Company; 1985, 654-659.
۱۹. کاپلان، ه؛ سادوک، ب. خلاصه روانپزشکی. ترجمه: نصرت الله پورافکاری، چاپ اول. تبریز: ذوقی؛ ۱۳۷۲، ۹۱-۳۷۷.