● مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال پنجم، شمارهٔ ۲ (پی‌درپی۱۸)، صفحه ۳۳ الی۳۷، بهار ۱۳۸۲

شیوع عادت مکیدن انگشت در کودکان و تأثیر آن بر روی ناهنجاریهای دندانی ــ فکی (بابل، ۱۳۸۰)

دکتر مریم قاسمپور[۱*]، دکتر سیداحمد نصرالهی[۲]

۱- استادیار گروه دندانپزشکی کودکان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل ۲- دندانپزشک

سابقه و هدف: شیوع عادت مکیدن انگشت در جوامع مختلف براساس شرایط اجتماعی- اقتصادی در هر کدام از آنها متفاوت می‌باشد. هدف از این مطالعه تعیین شیوع این عادت و تأثیر آن بر روی ناهنجاریهای دندانی فکی در شهر بابل می‌باشد.

مواد و روشها: این مطالعه توصیفی ـ تحلیلی بر روی ۳۷٤ کودک ٦-٥ ساله مهدکودکهای خصوصی و دولتی شهر بابل بصورت مقطعی انجام شد. پس از جمع‌آوری اطلاعات از طریق دو پرسشنامه اطلاعات از طریق آزمون Chi- square مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

یافته‌ها: ۲۰/۱٪ کودکان دارای عادت مکیدن انگشت بودند و اختلاف معنی‌داری درشیوع عادت بین دختران و پسران دیده نشده است، میزان اورجت (۷٤/۷٪)، اپن بایت (٤۸٪)، کراس بایت (۵٤/۷٪)، تانگ تراست (۵٦٪) و کام عمیق و تنگ (٤۲/۷٪) در افراد دارای عادت دیده شده که بیشتر از گروه بدون عادت میباشد.

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع نسبتاً بالای این عادت در جامعه مورد بررسی و پیامدهای عادت فوق بنظر می‌رسد آگاهی دادن به والدین در رابطه با عوامل ایجاد کننده، چگونگی ترک عادت و درمان به موقع آن کمک مؤثری در پیشگیری و حذف ناهنجاریهای بعدی خواهد نمود.

واژه‌های کلیدی: *عادات دهانی، مکیدن انگشت، انگشت شست.*

مقدمه

طبق تعریف ماسلر، یکی از مشخصات عادت این است که وقتی برقرار گردید، عملی است که بازتاب احساسات ضمیر ناخودآگاه فرد است(۱). اطلاعات حاصل از مطالعات اپیدمیولوژیک نشان میدهند که شیوع مکیدن انگشت بخصوص انگشت شست از جمعیتی به جمعیت دیگر فرق می‌کند. بطور کلی اکثریت نوزادان انگشتان خود را می‌مکند ولی این میزان با افزایش سن بطور ثابت کاهش می‌یابد. بطور کلی کودکان در سنین ۴-۲ سالگی بصورت خودبخودی این رفتار را ترک می‌کنند(۵-۲). کودکانی که به مکیدن انگشت عادت نمودند معمولاً آنرا تا ۵ سالگی و بیشتر ادامه می‌دهند (۶). در یک مطالعه در تهران شیوع عادت فوق در کودکان ۶ ساله، ۴۰/۷٪ اعلام گردید(۷). در مورد علت مکیدن انگشت دلایل زیادی وجود دارد ولی از سه جنبه رشدی تکاملی، روانی، تغذیه‌ای مورد بررسی قرار گرفته است(۱۰-۸). عوامل موثر در شدت و تداوم عادت شامل؛ جنسیت (۱۱)، تأثیر سن بر شیوع و خاتمه عادت (۵و۱۲)،

[DOR: 20.1001.1.15614107.1382.5.2.6.1]

تغذیه از پستان مادر یا مکیدن انگشت برای به خواب رفتن کودک (۱۲)، موقعیت فرزند در خانواده، موقعیت اقتصادی- اجتماعی خانواده (۳) قدرت تکلم و هوش می‌باشند. هیچ شواهدی وجود ندارد که نشاندهنده ارتباط بین مشکلات مربوط به قدرت تکلم و مکیدن غیرتغذیه‌ای باشد. فرمن و همکارانش گزارش نمودند که کودکان سنین مدرسه دارای عادت فوق دارای هوش کمتر بوده، از جذابیت کمتری برخوردارند و کمتر توسط اطرافیان بعنوان دوست پذیرفته می‌شوند(۲). ازآنجا که مکیدن طولانی مدت انگشت بعد از سن شش سالگی سبب عوارض غیرقابل برگشت در دندانها و فکین می‌شود و شیوع این عادت براساس وضعیت اجتماعی ـ اقتصادی جوامع متفاوت می‌باشد، هدف از این تحقیق تعیین میزان شیوع عادت درکودکان ۶ـ۵ سال شهر بابل است تا بتوان آگاهی لازم را جهت پیشگیری و درمان به مسئولان و والدین ارائه نمود.

مواد و روشها

افراد مورد مطالعه به طریق سرشماری وارد مطالعه شده که همهٔ کودکان ۶-۵ ساله کلیه مهدکودکهای شهر بابل زیرنظر بهزیستی، آموزش و پرورش و دانشگاه علوم پزشکی بابل را شامل گردید. وسایل مورد نیاز جهت معاینه شامل پروپ، آینه، سوند، دستکش و چراغ قوه بوده است. در این بررسی سعی شد کودکانی مورد مطالعه قرار گیرند که حداقل ۲ ماه از حضور آنها در مهدکودک گذشته باشد تا مربیان به خصوصیات و عادات کودکان آشنائی لازم را پیدا کنند. در این مطالعه دو پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفت. پرسشنامه اول در هنگام معاینه کودکان تکمیل گردید. در این پرسشنامه مواردی نظیر وجود عادت مکیدن انگشت (نظر صریح مربیان) روابط آکلوژنی، الگوی دندانی کودک و وجود ناهنجاری احتمالی مدنظر بوده است. پس از آن پرسشنامه دوم در اختیار والدین کودکان مورد مطالعه (۳۷۴ نفر) قرار گرفت تا اطلاعات تکمیلی از خانواده‌ها بدست آید. در این پرسشنامه مواردی چون اطلاع از وجود عادت مکیدن انگشت (نظر صریح والدین)، شغل و تحصیلات والدین، موقعیت فرزندان (فرزند اول، دوم، سوم و بعد آن) زمان و مدت مکیدن انگشت و زمان شروع عادت ثبت گردید. لازم به ذکر می‌باشد که سه تعریف برای تحصیلات والدین شده است. الف) بی‌سواد یا کم‌سواد- والدینی که کاملاً بی‌سواد و یا حداکثر دورهٔ ابتدایی را گذرانده بودند. ب) دیپلم- والدینی که دورهٔ راهنمائی و دبیرستان را گذرانده بودند. ج) بیش از دیپلم- والدینی که دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. منظور از مدت زمان مکیدن انگشت کم (۲ـ۱ ساعت) متوسط (۶-۲ ساعت) و زیاد ۶ ساعت و بیشتر بوده است. پس از جمع‌آوری پرسشنامه شمارهٔ (۲) و مقایسه آن با فرم (۱) تعداد ۷۵ کودک دارای عادت مکیدن انگشت مورد شناسائی قرار گرفتند. لازم به ذکر می‌باشد که معیار ما جهت اینکه کودک دارای عادت مکیدن انگشت بوده یا نه، نظر مربیان مهدکودک، نظر والدین و مشاهدات کلینیکی دال بر وجود عادت فوق بوده است. پس از جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه، اطلاعات مورد تجزیه و تحلیل با استفاده از آنالیز آماری داده‌ها از chi-square قرار گرفت.

یافته‌ها

از ۳۷۴ کودک معاینه شده ۷۵ کودک (۲۰/۱٪) عادت به مکیدن انگشت و ۲۹۹ کودک دیگر (۷۹/۹٪) این عادت را نداشتند. از ۲۱۵ پسر ۴۵ نفر (۲۰/۹٪) عادت فوق را داشتند و از ۱۵۹ دختر ۳۰ نفر(۱۸/۹٪) دارای عادت بودند که اختلاف معنی‌داری بین دو جنس دیده‌نشده است. فراوانی عادت مکیدن انگشت در بین فرزندان اول خانواده ۳۸/۷٪، دوم ۴۸٪ و فرزندان سوم و بیشتر ۱۳/۳٪ بوده است. از بین افرادی که دارای عادت مکیدن انگشت بودند ۲۵/۴٪ به میزان کم (۲ـ۱ ساعت)، ۲۹/۳٪ متوسط (۶-۲ ساعت) و ۴۵/۳٪ (۶ ساعت و بیشتر) این عادت را داشتند. جدول (۱) فراوانی عادت مکیدن انگشت را به تفکیک اورجت(over jet)، اوربایت (over bite)، اپن‌بایت(open bite)، کراس بایت(cross bite)، تانگ تراست(tongue thrust) و کام عمیق وتنگ درکودکان مورد مطالعه نشان میدهد. از بین افرادی که عادت مکیدن انگشت را داشتند در ۱۰/۶٪ از بدو تولد، ۲۲/۷٪ از شش ماهگی، ۲۴٪ از یک ماهگی، ۱۷/۳٪ از دو ماهگی و ۲۵/۴٪ از سه ماهگی عادت فوق شناسایی شده است. همچنین ۴۵/۳٪ علاقه به ترک عادت داشتند و ۲۰٪ علاقه‌ای نداشتند و ۳۴/۷٪ نظری نداشتند و از بین افرادی که عادت فوق را داشتند در ۴۹/۴٪ موارد اقدام جهت ترک صورت گرفته و در ۵۰/۶٪ اقدامی صورت نگرفته است. این اقدامات در

[DOR: 20.1001.1.15614107.1382.5.2.6.1]

۱۰/۸٪ مراجعه به خانهٔ بهداشت، ۱۳/۵٪ مراجعه به دندانپزشک، ۶۲/۲٪ استفاده از توصیه‌های خانوادگی بوده است که در ۵۹/۵٪ تأثیر اقدامات، مثبت و در ۴۰/۵٪ منفی بوده است.

جدول۱. فراوانی عادت مکیدن انگشت به تفکیک نوع ناهنجاری در کودکان ۶-۵ ساله مهدکودکهای شهر بابل(۱۳۸۰)

متغیرها	عادت‌مکیدن‌انگشت(٪)		کل	مقدار p
	بلی	خیر	تعداد(٪)	
اورجت				p=۰/۵
بلی	(۷۴/۷)۵۶	(۱۲/۱)۳۶	(۲۴/۶)۹۲	
خیر	(۲۵/۳)۱۹	(۸۷/۹)۳۶۳	(۷۵/۴)۲۸۲	
اوربایت				p=۰/۰۰۹
بلی	(۱۲)۹	(۱۶/۴)۴۹	(۱۵/۵)۵۸	
خیر	(۸۸)۶۶	(۸۳/۶)۲۵۰	(۸۴/۵)۳۱۶	
اپن بایت				p=۰/۰۲۵
بلی	(۴۸)۳۶	(۴/۳)۱۳	(۱۳/۱)۴۹	
خیر	(۵۲)۳۹	(۹۵/۷)۲۸۶	(۸۶/۹)۳۲۵	
کراس بایت				p=۰/۰۴۹
بلی	(۵۴/۷)۴۱	(۱۵/۷)۴۷	(۲۳/۵)۸۸	
خیر	(۴۵/۳)۳۴	(۸۴/۳)۲۵۲	(۷۶/۵)۲۸۶	
تانگ تراست				p=۰/۰۴۸
بلی	(۵۶)۴۲	(۲۷)۵۱۱	(۲۴/۹)۹۳	
خیر	(۴۴)۳۳	(۸۳)۲۴۸	(۷۵/۱)۲۸۱	
کام عمیق‌وتنگ				p=۰/۰۵
بلی	(۴۲/۷)۳۲	(۹/۸)۲۸	(۱۶)۶۰	
خیر	(۵۷/۳)۴۳	(۹۰/۶)۲۷۱	(۸۴)۳۱۴	

بحث

شیوع عادت مکیدن انگشت در جامعه مورد مطالعه ۲۰/۱٪ بوده است. میزان بدست آمده در این تحقیق کمتر از آمارهای کشورهائی نظیر آمریکا (۲۵٪)(۱۳) و بیشتر از آمار کشورهای اروپائی از قبیل دانمارک (۸٪)، سوئد (۱۶٪) و نروژ (۱۲٪) (۳) بوده است. همچنین شیوع این عادت در کشورهای آسیائی نظیر عربستان و ژاپن بترتیب ۱۰/۵٪ (۳)، ۱۹/۸٪ (۱۴) گزارش شده است که نسبت به نتیجه آماری این تحقیق کمتر می‌باشد. در مورد کشورهای آفریقایی این میزان در حدود ۲٪ و کلاً در سیاه پوستان نادر بوده (۳) و همچنین در اسکیموها حدود صفر درصد(۱۳) گزارش شده است. این اختلافات نشان دهنده این امر هستند که عادت مکیدن انگشت تحت تأثیر عوامل مختلفی از جمله جنبه‌های فرهنگی و نیز روش مراقبت از کودکان، جنس و نژاد قرار گرفته که این عوامل از جمعیتی به جمعیت دیگر متفاوت می‌باشد. بنابراین هرگونه اطلاعات آماری در مورد عادت فوق در یک نمونه خاص فقط می‌تواند برای همان جمعیت کاربرد داشته باشد. عده‌ای از محققین شیوع عادت مکیدن انگشت را در دختران بیشتر از پسران گزارش نمودند(۱۵و۱۲و۱۱) طبق تحقیق حاضر از۲۱۵ پسر ۴۵ نفر (۲۰/۹٪) دارای عادت فوق بودند و از ۱۵۹ دختر ۳۰ نفر (۱۸/۹٪) این عادت را داشتند که اختلاف معنی‌داری بین دو گروه نبوده است. هونزیک و مک‌کی عادت فوق را در دختران گسترده‌تر و پایدارتر نسبت به پسران ذکر نمودند. این فنته شیوع عادت فوق را در دختران جامعه مورد مطالعه ۲۳/۵٪ و در مورد پسران ۱۳/۷٪ ذکر نموده است(۱۲).

در تحقیقات فارسی و سالاما در عربستان و فرکوتا در ژاپن تفاوت معنی‌داری بین جنسیت و مکیدن انگشت اعلام نشد (عربستان ۱۱/۷۴٪ در دختر در مقابل ۸/۹۵٪ پسر) (۳). میزان اورجت در این تحقیق در افراد دارای عادت ۷۴/۷٪ و در افراد بدون عادت ۱۲/۱٪ گزارش شده در حالیکه میزان اورجت در تحقیق فارسی و سالاما در کودکان دارای عادت (۳۳/۳٪)، تقریباً چهار برابر کودکان بدون عادت بوده است(۳) در این تحقیق، این میزان تقریباً به ۶ برابر رسیده است

میزان اوربایت درافرادی که دارای عادت مکیدن انگشت بودند بطور معنی‌داری کمتر از افرادی بود که این عادت را نداشتند. (۱۲٪ در مقابل ۱۶/۴٪) تحقیقات فوکوتا و همکاران این میزان را حدود (۶/۱٪) در کودکان پنج‌ساله دارای عادت و ۱۲/۷٪ در کودکان ۵ ساله بدون عادت گزارش نمود که تقریباً با یافته‌های ما مطابقت دارد(۱۴).۴۸٪ کودکان دارای عادت در مقابل ۴/۳٪ افراد بدون عادت این‌بایت قدامی داشتند. در تحقیقات فارسی و سالاما این میزان در

[DOR: 20.1001.1.15614107.1382.5.2.6.1]

افراد با عادت فوق (۳۶/۱٪)<۱۲ برابر افراد بدون عادت (۳/۵۸٪) بوده است(۳) که این نتیجه مشابه تحقیقات ما می‌باشد. میزان کراس‌بایت در کودکان دارای مکیدن انگشت در حدود ۵۴/۷٪ و در کودکان فاقد عادت فوق ۱۵/۷٪ بوده است در عربستان میزان کراس بایت در کودکان دارای عادت مکیدن ۵/۶٪ در مقابل ۵/۰۲٪ در کودکان بدون عادت بوده است. در تحقیق آنها تفاوت معنی‌داری مشاهده نشده است(۳).

بطور کلی در این مطالعه شیوع مال‌اکلوژنها در گروه سنی مورد مطالعه و در کودکان دارای عادت مکیدن انگشت بیشتر از کودکان بدون عادت فوق بوده است. از یافته‌های این تحقیق چنین می‌توان نتیجه گرفت که آسیبهای وارده به سگمنت قدامی در کودکان دارای عادت فوق در سطح بالایی است از طرفی فوکوتا و همکاران اعلام نمودند که بیشترین آسیبهای وارده در اثر عادت فوق قبل از سه سالگی ایجاد می‌شود(۱۴). باتوجه به نتایج تحقیق که بیشترین میزان عادت مکیدن انگشت در سنین قبل از سه سالگی (۷۴/۶٪) گزارش شده است می‌توان نتیجه گرفت که مال اکلوژنهای کنونی در کودکان دارای عادت فوق پیامد رفتار مکیدن در سنین پائین‌تر بوده که تاکنون ارائه یافته است. در این خصوص می‌توان بی‌توجهی والدین کودکان، جهت اقدام به ترک عادت در فرزند خود را از علتهای مهم آن دانست این امر نیز با تصمیم‌گیری فوکوتا و همکاران(۱۴) کاملاً مطابقت دارد. براساس این تحقیق میزان تانگ‌تر است در افراد با عادت مکیدن انگشت در حدود ۵۶٪ و در افراد بدون عادت ۱۷٪ گزارش شده است. در کودک دارای اپن‌بایت قدامی موقعیت زبان ممکن است به عنوان فاکتور اتیولوژیک مطرح باشد ولی عمل بلع فی‌نفسه فاکتور اتیولوژیک در ایجاد ناهنجاری بحساب نمی‌آید(۱۱). در خصوص کام عمیق و تنگ در کودکان دارای عادت مکیدن انگشت ۴۲/۷٪ در مقابل ۴/۹٪ در افراد بدون عادت فوق بوده است. از پیامدهای گزارش شده عادت مکیدن انگشت کام عمیق و تنگ و کراس بایت خلفی می‌باشد(۱۱و۴).

محققین عامل مدت را مهمترین فاکتور در جابجائی دندانها به علت عادت دهانی ذکر نمودند. برای جابجائی دندانها بایستی۶ ساعت مداوم عادت مکیدن انگشت بطول بیانجامد. خصوصاً در کودکانی که در طول شب و با انگشت در دهان می‌خوابند می‌توان بروز تغییرات دندانی شدید را در مورد آنها انتظار داشت(۱۶و۱۱و۴). با توجه به اینکه ناهنجاریهای مشاهده شده در این تحقیق تقریباً در سطح بالائی گزارش شده، نتیجه می‌گیریم که کودکان مورد مطالعه از قانون فوق مستثنی نبوده و به مدت بیشتر از ۶ ساعت در هر دفعه اقدام به مکیدن انگشت خود می‌نمودند در این خصوص با توجه به عدم امکانات کافی از جمله تجهیزات ثبت ویدئویی اظهارات والدین نشان دهنده آن است که حدود ۴۵/۳٪ کودکان برای مدت بیش از ۶ ساعت مداوم در روز انگشت خود را هر دفعه می‌مکیدند. طبق تحقیقات فارسی و سالاما از عربستان، ۲۶/۳٪ از کودکان دارای عادت فوق، انگشت خود را بیش از ۶ ساعت می‌مکیدند (۳).

در این تحقیق معلوم شد که شیوع عادت مکیدن انگشت در فرزندان دوم خانواده بیشتر از سایر فرزندان می‌باشد (۴۸٪) این موضوع با یافته جانسون (۱۹۸۵) که حدود ۳۸٪ کودکان دارای عادت مکیدن انگشت، فرزند دوم خانواده و بعد از آن بودند، را تأئید نموده اما با یافته‌های فارسی و سالاما که بروز عادت در فرزند اول جامعه تحقیق را (۱۲/۹٪) و فرزندان دوم بعد از آن را ۹/۷٪ گزارش نمودند (۳) مغایرت دارد.

در این بررسی ۴۵/۳٪ کودکان دارای عادت، علاقمند به ترک عادت خود بودند. همانطور که گفته شد علاقه کودک به ترک عادت و همکاری او در این زمینه از فاکتورهای مهم در امر درمان می‌باشد. این یافته مثبت می‌تواند انگیزه‌ای مناسب برای تشویق و اهمیت دادن والدین به امر درمان فرزندان دارای عادت خود باشد. با توجه به اینکه نتایج بدست آمده از این تحقیق را نمی‌توان به کل جامعه ایران تعمیم داد اما می‌توان امیدوار بود که این تحقیق اطلاعات لازم را در انجام اقدامات پیشگیرانه در اختیار مسئولین خصوصاً دندانپزشکان قرار دهد تا با درمان به موقع از گسترش عوارض به دوره دندانی دائمی جلوگیری نماید.

****

[DOR: 20.1001.1.15614107.1382.5.2.6.1]

منابع

۱. مهرداد ک، عادات ناهنجار دهانی- تعریف و انواع، مجله دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۷۱: ۳: ۱۶-۱۲.

2. Levine RS. Briefing paper: Oral aspect of dummy and digit sucking. Br Dent J 1999; 185(3):108.

3. Farsi NM, Salama FS. Sucking habits in Saudi children: prevalence. Contributing factors and effect on the primary dentition. Pediatr Dent 1997; 19(1): 2-33.

4. Pinkham JR. Pediatric dentistry infancy throughout adolescence, 3rd ed, Saunders 1999; pp: 209-12,393-8.

5. Johnson ED, Larson BE. Thumb sucking: classification and treatment, ASDC J Dent Child 1993; 60(4): 392-8.

6. Lubiz L. Nail biting thumb sucking and other irritating behaviors in childhood, Aust Fam Physician 1992; 21(8): 1090-4.

۷. جلالیان ع، ریاض داودی پ. شیوع و وقوع عادت مکیدن انگشت و اثرات ناشی از آن در کودکان ٦ ساله تهران. دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، پایان نامه دکترای عمومی، شماره ٤٣٨ : ٦٨-١٣٦٧.

8. Turgeon O, Brien H, Lachapelle D, Gagnon PF, Larocque l, Maheu Robert LF. Nutritive and non-nutritive sucking habits: A review ASDC J Dent Child 1996; 63(5): 321-7.

۹. مکدونالد رالف ای.آوری دیوید آر. ترجمه دکتر ناهید جنابیان. دندانپزشکی اطفال و نوجوانان،۲۰۰۰ :فصل۲۷، صفحه ٦-٥٦١.

۱۰.مایـرز رابرت ای، مظفری کجیدی ح، اصول و مبانی ارتودنسی، موسسه انتشارات جهاد دانشگاهی (ماجد)، چاپ دوم. ١٣٧٤: ص: ١٥-٢١١ و ٧١٦-١٩.

11. Proffit WR, Henry W. Contemporary orthodontics, 3rd ed, Mosby 2000; pp: 74-6, 129-30, 134-6, 444-7.

12. Johnson ED, Larson BE. Thumb sucking: litrature review ASDC J Dent Child 1993; 60(4): 35-91.

13. Foster LG, Nervous habits and stereotyped behaviors in pre-school children, J AM Acad child Adolesc Psychiatry 1998; 37(7): 11-17.

14. Fukuta O, Braham RL, Jokoi K, Kurosu K. Damage to the primary dentition resulting from thumb and finger (Digit)sucking. ASDC J Dent Child 1996; 63(6): 403-7.

15. Bayardo RE, Majia JJ, Orozco S, Montoya K. Etiology of oral habits. ASDC J Dent Child 1996; 63(35): 350-3.

16. McDonald RE, Avery DR. Dentistry for the child and adolescent, 7th ed, Mosby 2000; pp: 639-40, 701-7.

*آدرس نویسنده مسئول: بابل، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده دندانپزشکی، تلفن: ۷-۲۲۲۹۵۹۱-۰۱۱۱.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1382.5.2.6.1]